فنيات الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم

الأستاذ الدكتور
صالح حسن الداهري
جامعة العلوم الإسلامية العالمية
كلية العلوم التربوية
قسم الإرشاد والصحة النفسية





للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

فنيات الإرشاد النفسي

لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم

فنيات الإرشاد النفسي

لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم

تأليف

الأستاذ الدكتور

صالح حسن الداهري

جامعة العلوم الإسلامية العالمية

كلية العلوم التربوية

قسم الإرشاد والصحة النفسية

الطبعة الأولى

2015م – 1436هـ



رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/4/1511)

371.9

الداهري، صالح حسن

فنيات الإرشاد النفسي لذوي الإحتياجات الخاصة وأسرهم/ صالح حسن الداهري.- عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، 2014

(   ) ص

ر.أ.: 2014/4/1511

الواصفات: /علم النفس الصناعي//الصناعات

- يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

عمان – الأردن

الطبعة العربية الأولى

2015م – 1436هـ



الأردن – عمان – وسط البلد – شارع الملك حسين
مجمع الفحيص التجاري
هاتف: 96264646208+ فاكس: 96264646470+
الأردن – عمان-مرج الحمام – شارع الكنيسة -مقابل كلية القدس
هاتف: 96265713906+ فاكس: 96265713907+
جوال: 797896091 – 00962
info@al-esar.com – www.al-esar.com
ISBN 978-9957-586-50-8 (ردمك)

الإهـــداء

إلى الحفيدتين الزهرتين...

سما ومِسكْ..

المؤلف

المحتويات

الفصل الأول

تطور التربية الخاصة تاريخياً

الموضوع	الصفحة

الفصل الثاني

دراسة تحليلية لبعض الحالات

الموضوع	الصفحة

الفصل الثالث

المشكلات السلوكية

الموضوع	الصفحة

الفصل الرابع

مفهوم التخلف العقلي

الموضوع	الصفحة

الفصل الخامس

مبادئ تعليم القراءة

المراجع

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

إن للإرشاد النفسي مجالات كثيرة وقد اهتم المؤلف في فنيات هذا المجال وتطبيقاته بمجالات واقعية في العيادة النفسية الثابتة لكلية التربية في عين شمس أيام زمان. وقد حرص المؤلف على ذكر بعض تلك الحالات سواءً كانت في مصر أو في لندن أو في أوروبا، وهذه الحالات تعبر عن الاحتياجات الخاصة لذويها ولأسرهم. وأهم ما في هذا الكتاب هو التأكيد على التنشئة الاجتماعية الأسرية لذوي الحاجات الخاصة، ويتضمن الكتاب خمسة فصول هي:

- الفصل الأول تطور التربية الخاصة تاريخياً
- الفصل الثاني دراسة تحليلية لبعض الحالات
- الفصل الثالث المشكلات السلوكية
- الفصل الرابع مفهوم التخلف العقلي
- الفصل الخامس مبادئ تعليم القراءة

والله ولي التوفيق

المؤلف

الفصل الأول

تطور التربية الخاصة تاريخياً

(1 – 1) تطور التربية الخاصة تاريخياً.
(1 – 2) تعريف التربية الخاصة.
(1 – 3) الأطفال الصم.
(1 – 4) من هو الطفل الأصم.
(1 – 5) أسباب الصمم.
(1 – 6) المحاولات الأولى في تعليم الأطفال الصم.
(1 – 7) طرق تعليم الأطفال الصم.
(1 – 8) كيف نعلم الطفل الأصم الكلام.
(1 – 9) الشخصية والتكيف الاجتماعي للطفل الأصم.
(1 – 10) التكيف الاجتماعي.
(1 – 11) دراسات في شخصية الطفل الأصم.
(1 – 12) ضعاف السمع.
(1 – 13) الفرق بين الصمم وضعف السمع.
(1 – 14) الطرق المختلفة لاختبار السمع.
(1 – 15) أسباب ضعف السمع.
(1 – 16) خصائص كلام الطفل ضعيف السمع.
(1 – 17) كيف تكون العناية بضعاف السمع.
(1 – 18) الطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية.
(1 – 19) دور معلم التربية الخاصة.
(1 – 20) اضطرابات الطلاقة اللفظية.
(1 – 21) السلوكيات المصاحبة.
(1 – 22) النظريات التي تفسر التأتأة أو التلعثم.
(1 – 23) بعض الدراسات عن أسباب التأتأة.
(1 – 24) التدخل العلاجي والتربوي لاضطرابات الطلاقة.
(1 – 25) بعض الحقائق حول التأتأة.
(1 – 26) علاج التأتأة.
(1 – 27) عيوب النطق والكلام.
(1 – 28) عيوب النطق والكلام الشائعة.

الفصل الأول
تطور التربية الخاصة تاريخياً

(1 – 1) تطور التربية الخاصة تاريخياً:

تعود الإعاقات تاريخياً إلى وجود الإنسان، فهي موجودة بوجود البشر، ومنتشرة بانتشار المجتمعات التي اختلفت نظرتها إلى الإعاقة والمعاقين من حيث الرعاية وتلبية احتياجاتهم، فقديماً في زمن اليونان كان يعتقد أن المعاقين إنما هم أرواح شريرة سكنت هذه الأجساد، وأنهم عقاب من الآلهة، ويجب الخلاص منهم، لا سيما في مدينة أفلاطون التي دعا إليها، وكان هذا الاعتقاد سائداً أيضاً عند الرومان، حيث كانوا يتخلصون من أصحاب الإعاقات بالقتل، أو بتشريدهم حتى يلقوا حتفهم، ولا يعيش إلا من كان صحيحاً وقوياً.

ويقي هذا الاعتقاد سائداً حتى ظهور الديانات السماوية، حيث كان الاهتمام بفئات الإعاقات أكثر، من حيث الإحسان إليهم ومعاملتهم معاملة حسنة وفق ما يأمر به الدين، وفي بداية العصور الوسطى وفي المجتمعات الأوروبية تغيرت النظرة إليهم وأصبح المعاقين يستخدموا كأدوات لتسلية أبناء الطبقة الحاكمة، وتغير الاتجاه السلبي بالاتجاه الإيجابي – فيما بعد – نحو ذوي الحاجات الخاصة.

ويقي هذا الاعتقاد سائداً حتى القرن السادس عشر، حيث انتكست الاتجاهات نحو المعاقين، وعادت النظرة السلبية إليهم، ووصمهم بتسميات مختلفة، وأصبح المعاق أداة للتسلية والضحك وإشغال وقت الفراغ، وعدم الاهتمام بهم.

ويقي هذا الاعتقاد سائداً حتى القرن التاسع عشر، حيث ظهرت الثورات التي تنادي بحقوق المعاقين، سواء في التعليم أم الحماية أم الإيواء، كالثورة الفرنسية، والثورة الأمريكية، وكانت الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية أول الفئات اهتماماً، ثم تبعها الاهتمام بباقي الإعاقات المختلفة، وبناء الملاجئ وإيواء المعاقين،

وتطوير الخدمات حتى أصبح هناك برامج تعليمية ومهنية للمعاقين ومدارس خاصة بهم.

ومع التقدم والتطور في مجال التربية الخاصة، وظهور الشعارات والمفاهيم الجديدة كالمساواة والحرية، التي ساعدت في تغير النظرة إلى المعاقين والمطالبة بحقوقهم، وتأسيساً على ما سبق كان القرن التاسع عشر بداية نمو جذور التربية الخاصة، وما توصلت إليه التربية الخاصة اليوم من تطور ما هو إلا نمواً لتلك الجذور واتساعاً في امتدادها.

ورغم التطور في مجال التربية الخاصة إلا أنها لا زالت بحاجة إلى المزيد من البحث والاستقصاء والتطوير، فما توصلت إليه أكثر الدول على صعيد التربية الخاصة لا يزال في مراحله الأولية، ويؤكد هذا الواقع الإحصاءات والدراسات التي أجريت، ومنها الدراسة التي أجرتها اليونسكو عام 1986 / 1987م اشتملت على (51) دولة، وأظهرت أن نسبة المستفيدين من برامج التربية الخاصة في (44) دولة من هذه الدول تقل عن 3٪، بل إنها لا تتجاوز (32) دولة نسبة 1٪، كما وتشير تقارير هيئات الأمم المتحدة إلى أن تلاميذ المرحلة التأسيسية يشكلون النسبة العظمى من ذوي الحاجات الخاصة. (القريوتي وآخرون، 2001)

أما الوطن العربي، لا شك أنه يعاني من قصور في جانب التربية الخاصة بشكل عام، وارتفاع في نسبة الإعاقات الناتجة عن الحروب والمجاعات التي مرت وتمر بالمنطقة العربية، وتدني الرعاية الصحية، ومستوى التعليم، وأثر الحوادث، وبعض العادات والتقاليد التي تساهم في ارتفاع نسبة الإعاقة كالزواج من الأقارب لا سيما الأقارب القريبين، وغيرها من العوامل المسببة للإعاقة، **ولكن حديثاً أصبح الاهتمام في هذا المجال كثيراً، والتسابق في الوصول إلى كل ما هو جديد وحديث في هذا المجال، إلا أنها تعاني من بعض المعيقات منها:** (القريوتي، 2001)

- عدم توفر الكوادر المهنية.
- تحتاج إلى تكاليف مالية عالية.
- عدم إقرار تشريعات تشمل حقوق المعاقين وإن وجدت تبقى قوانين كتابية ونظرية بدون تطبيق جدي وملاحظ على أرض الواقع.
- ضعف البرامج والخدمات المقدمة إلى المعاقين.
- عدم تشبيك عمل المؤسسات الحكومية والخاصة لخدمة المعاقين.

وفي عهد الخديوي إسماعيل أخذ الاهتمام بفئة ذوي الحاجات الخاصة يظهر، حيث تم إنشاء مدارس خاصة بهم، ويمكن سرد ذلك تاريخياً كما ورد عند (الداهري، 2005) كما يلي:

- 1874م: تم إنشاء مدرسة خاصة للمكفوفين والصم تضم ثمانية أطفال.
- 1900م: أنشئت بالإسكندرية مدرسة العميان والخرس.
- 1901م: أنشئت مدرسة العميان بالزيتونة.
- 1927م: تخصيص صفوف لتعليم المكفوفين في بعض المدارس الإلزامية.
- 1933م – 1939م: صدور قانون التعليم الإلزامي للجميع، وتم إنشاء صفين للصم.
- 1950م: إنشاء أول معهد مهني لخريجي معاهد النور.
- 1953م: أنشئت وزارة المعارف مدرسة المركز النموذجي للمكفوفين، وقسماً متخصصاً للمكفوفين.
- 1956م: تم إنشاء أول معهد متخصص للأطفال المتخلفين عقلياً.
- 1958م: تمت الموافقة من الوزارة على فتح مدارس في مجال التربية الخاصة.

وبالرغم من اهتمام الدول العربية حديثاً في التربية الخاصة إلا أن الوضع لا يزال غير مرضٍ عنه، ذلك لأن الجهود متناثرة ينقصها التنسيق وتفتقر إلى النضج المهني، ولا تستوعب إلا نسب ضئيلة من الفئات المقصودة، ولا تخضع للتقييم والمساءلة والتوثيق مما يصعب على أهل الاختصاص وصانعي القرار تحليل

التغيرات النوعية والكمية الحقيقية والتخطيط المستقبلي الواعي. (الخطيب وآخرون، 2007)

(1 – 2) تعريف التربية الخاصة:

- هي مجموعة البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين وتشتمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات ومعدات خاصة بالإضافة إلى الخدمات المساندة. (الداهري، 2005)
- هي تدريس مصمم خصيصاً لتلبية حاجات الطلاب ذوي الحاجات التعليمية الخاصة (المعاقين والموهوبين)، وهي تربية تراعي الفروق الفردية وتهدف إلى مساعدة المتعلمين على بلوغ أقصى ما تسمح به قابلياتهم من تحصيل وتكيف، وقد يحدث هذا التدريس في غرفة الصف العادية أو في أوضاع تعليمية خاصة. (الدهمشي، 2007)
- هي خدمات تربوية متنوعة تقدم إلى الأطفال الذين يعانون من إعاقات أو قصور يؤثر في قدرتهم على التعلم كأقرانه العاديين، يتميز بالفردية من خلال الخطط التربوية الفردية والتعليمية الفردية لتتناسب مع مستوى المتعلم وحاجاته. (الظاهر، 2004)

نسبة شيوع الإعاقة:

لا نريد الإسهاب في هذا الجانب ولكن لا بد من الإشارة السريعة إلى نسبة انتشار الإعاقة بشكل عام تتراوح بين (3 – 12٪) من كل مجتمع، ولكن إذا أردنا أن نأخذ نسبة شيوع كل إعاقة على حدة فإن الجدول رقم (1) يبين النسب التقريبية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة. (الخطيب وآخرون، 2007)

النسب التقريبية لشيوع فئات الإعاقة المختلفة:

جدول رقم (1):

فئة الإعاقة	النسبة التقريبية بالمئة
الإعاقة العقلية	2.3
الإعاقة السمعية	0.6
صعوبات التعلم	3
الإعاقة البصرية	0.1
الإعاقة الجسمية	0.5
الإعاقة الانفعالية	2
اضطرابات الكلام واللغة	3.5
المجموع	12

الأفراد ذوو الحاجات الخاصة (فئات التربية الخاصة):

لا شك أن هناك العديد من الأفراد يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة المتنوعة، وذلك كلاً حسب تصنيفه ضمن فئات التربية الخاصة التي يمكن تصنيفها إلى:

- الإعاقة العقلية: Mental Handicap
- الإعاقة السمعية: Hearing Impairment
- صعوبات التعلم: Learning disabilities
- اضطرابات اللغة والكلام: Speech and language disorders
- الإعاقة البصرية: Visual impairment
- الاضطرابات الانفعالية: Emotional disturbance
- الموهبة والتفوق: Latent and giftedness

لا نريد هنا التعمق في كل فئة من فئات التربية الخاصة، لأنه سيتم تناولها على التفصيل لاحقاً، ولكن لا بد من بعض الإشارات البسيطة على كل فئة من هذه الفئات.

(1 – 3) الأطفال الصم[1]:

أصبح حق الطفل الأصم في التعلم أمراً معترفاً به في المجتمعات الاشتراكية التي تتيح مبدأ تكافؤ الفرص لجميع الأطفال العاديين منهم وغير العاديين، ويختلف الأطفال الصم عن الأطفال العاديين في أن الطفل الأصم عندما يلتحق بالمدرسة فإنه تعوزه القدرة على الاستماع، في حين أن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة يعرف اسمه ويعرف سنه ولديه من المفردات اللغوية العديدة ما

(1) تبلغ نسبة الصم في الولايات المتحدة الأمريكية حسب إحصاء عام (1991) حوالي (100.000)، ومعنى هذا أنه يوجد بين كل (1500) من السكان شخصاً أصماً، وهناك حوالي 37% من هذه النسبة أعمارها أقل من 20 سنة، أي أن هناك 37.000 طفل وشاب لأقل من 20 سنة تقدم لهم الرعاية الطبية والتعليمية اللازمة لأجل أن ينموا نمواً سليماً. وفي مصر بلغ عدد ذوي العاهات حسب الإحصاء (277.188) عاجزاً من فئات مختلفة، من بينهم 18053 شخصاً أصم أبكم.

يساعده على التعبير عن مقاصده، كل هذا يجعل عملية تعليم الطفل الأصم أمراً شاقاً لأن ذلك الطفل يتعذر عليه الكلام، كما يتعذر عليه الاستماع، وأيضاً يتعذر عليه في بادئ الأمر تقليد الأصوات، ولكن كل هذا يجعلنا لا نفقد الأمل في تعليمه، لأن الطفل الأصم له من ميكانزمات الكلام ما للطفل العادي، له حلق، وله لسان، وله أسنان، وله شفاه، ولا ينقصه إلا حاسة السمع، هذا الطفل يحس كما يحس الطفل العادي، يتألم لألم الناس ويفرح لأفراحهم.

ومشكلة الأطفال الصم لا شك أنها تحتاج إلى تضافر الجهود وإلى مزيد من التخصص في هذا الميدان، وإلى الاستعانة بالوسائل الحديثة في تعليم هذه الفئة من الأطفال، وإلى الاستفادة من خبرات الدول التي قطعت شوطاً كبيراً في تعليم الأطفال الصم.

(1 – 4) من هو الطفل الأصم؟

يعرف الطفل الأصم من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذي حُرم من حاسة السمع منذ ولادته، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة ويعتبر الصمم في الواقع عاهة أكثر إعاقة من العمى، إذ أن الأصم يتعذر عليه بسبب عاهته الاشتراك في المجتمع.

وكلنا يعلم أن عملية اكتساب اللغة هي عملية تعتمد على قدرة الطفل على التقليد، فالطفل أول ما يقلد، يقلد نفسه (التقليد الذاتي)، وذلك في مرحلة المناغاة، وبعد ذلك تأتي مرحلة التقليد الخارجي حيث نجده يقلد الأم أو بديلة الأم، وبدون عملية التقليد يحرم الطفل من وسيلة هامة تمكنه من اكتساب اللغة، فالطفل عندما يصدر الصوت (دا) مثلاً وهو يصوت يصدر عنه في بادئ الأمر بشكل تلقائي لا إرادي، يشعر بسماعه له بشيء من السرور يدفعه إلى تكرار الصوت، وهنا ترتبط حالة شعورية معينة ببعض الأشكال الصوتية المسببة لتلك الحالة.

ويخلق سماع الطفل لصوته وسروره الحادث من هذه العملية عاملاً وجدانياً يدفعه إلى القيام بمحاولات تكرار جديدة، فيقول (دا... دا... دا...) ويصبح الوضع الجديد لهذا النوع من ردود الأفعال عبارة عن حلقة دائرية (Circular) تتضمن القول والسمع، وبنفس الطريقة تتكون أشكال أخرى مماثلة من التركيبات الدائرية الشرطية Circular conditioned responses.

وبناء على ما سبق نرى أن حرمان الطفل من حاسة السمع يحرمه من ممارسة هذه الخبرات السابقة اللازمة في تعلم الكلام، فتعلم الكلام يعتمد على عمليات حسية متكاملة متداخلة، من أهمها عملية الإدراك السمعي، ولا يمكن أن يستقيم كلام الطفل إلا إذا كان هناك توافق بين المظهر الحركي الكلامي متمثلاً في حركات اللسان في فجوة الفم، والمظهر الحسي الكلامي ممثلاً في القدرة السمعية والقدرة البصرية والقدرة اللمسية، مما يدعونا إلى اعتبار ميكانزم الكلام كلاماً ديناميكياً.

(1 – 5) أسباب الصمم:

ومما سبق يتضح أن الشخص الأصم يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع، فهي معطلة لديه، وهو لذلك لا يستطيع اللغة بالطريقة العادية.

ويقسم الصمم إلى صمم ولادي Congenital، وصمم مكتسب Acquired وتبلغ نسبة الصمم الولادي حوالي 15٪ من مجموع حالات الصمم، وهو أكثر شيوعاً في الأولاد منه في البنات، وفي سويسرا توجد أكبر نسبة من الصمم في العالم إذ تبلغ حوالي 0.2٪ من مجموع السكان، بينما تبلغ حوالي 0.07٪ في الولايات المتحدة الأمريكية، والصمم الولادي أو الصمم الذي يصاب به الطفل في سن مبكرة يعطل نمو اللغة لديه، والأطفال الذين يولدون صماً تكون أذنهم الداخلية

مصابة – وخاصة عصب السمع – بأمراض تتلفها أو تعطلها عن العمل، ويصاب بعض القصاع بالصمم نتيجة لكثافة تبطين الأذن الوسطى.

أما الصمم المكتسب فهو نتيجة للالتهاب السحائي – الزهري، التيفود، الحمى القرمزية، الحوادث – ، وينسى الطفل المحصول الكلامي الذي اكتسبه إذا أصابه المرض الذي أدى إلى صممه في سن مبكرة.

وقد نصادف فقدان الكلام أو الصمم رغم التمتع بقدرة سمعية لدى المعتوهين الذين لم يصل نموهم اللغوي إلى مرحلة أبعد من مرحلة المناغاة والصياح، وقدرتهم على الإدراك لا تفوق كثيراً قدرتهم على التعبير باللغة.

وقد يكون فقدان الكلام أو الصمم عرضاً من الأعراض المصاحبة لفصام الطفولة المبكر، وفي تلك الحالة لا يتكلم المريض لأنه بلغ في انعزاله التام عن المجتمع أنه لم يعد يجد ضرورة للاتصال بالغير عن طريق التعبير بالكلام ولا بأية وسيلة أخرى، ولكن بعض هؤلاء الأطفال الفصاميين الذين ظلوا طوال حياتهم لا يتكلمون أدهشوا آبائهم في بعض الأحيان عندما نطقوا بكلمات واضحة وجمل جيدة التركيب في بعض المواقف الخطيرة والحرجة، وقد يكون فقدان الكلام المؤقت في بعض الأحيان عرضاً من أعراض الهستيريا فقد يفقد الأطفال الهستيريون صوتهم ويصبحون صماً لأسابيع أو شهور تحت ضغط الصراعات الانفعالية الشديدة الوقع.

وهنالك بعض أولياء الأمور الذين يحاولون دفع أطفالهم إلى الكلام في وقت مبكر جداً، فهم يحثونهم دائماً على إعادة بعض الكلمات ورائهم، كما ينفذ صبرهم لعيوب أطفالهم النطقية التي تعتبر طبيعية في هذا السن ويستمرون في تصحيح أخطائهم، وينزوي بعض هؤلاء الأطفال تحت هذه الضغوط ويكونون اتجاهاً سلبياً نحو الكلام، ويستمرون على صمتهم أو يفقدون الكلام.

(1 – 6) المحاولات الأولى في تعليم الأطفال الصم:

بدأت أول محاولة لتعليم الأطفال الصم في النصف الأخير من القرن السابع الميلادي، حينما حاول (القديس يوحنا) تعليم طفل أصم أبكم، إذ كان يطلب منه أن يعيد من بعده بعض المقاطع والحروف والكلمات، ولكن ليس لدينا أي دليل على مدى النجاح الذي أحرزه تعليم هذا الطفل الأصم.

ولقد انقضت قرون عدة على تلك المحاولة إلى أن جاء القرن الخامس عشر حيث بدأت أول محاولة جدية لتعليم الطفل الأصم سجلها (رودلفوس أجريكولا Rodolphus Agricola) الذي عاش في الفترة ما بين 1443 – 1485، ومن ذلك التاريخ هدمت الفكرة التي كانت تقول أنه ليس من الممكن تعليم طفل القراءة والكتابة في الوقت الذي يفقد فيه القدرة على السمع.

ويعتبر بيدرو بوتس دي ليو أول معلم للأطفال الصم ترك من ورائه سجلات تثبت لنا بداية الاهتمام الجدي بتعليم هؤلاء الأطفال، وقد عاش في الفترة ما بين 1520 – 1584، وكان من النبلاء، واهتم بتعليم الأطفال الصم أبناء طبقة النبلاء القراءة والكتابة واللغة اللاتينية واليونانية والتنجيم.

وفي غضون القرن الثامن عشر ظهر في باريس (جاكوب بيريير Jacob Periere) الذي عرض على الأكاديمية الفرنسية للعلوم بباريس حالة شاب أصم نجح في تعليمه، وقد لاقت هذه الحالة إعجاب وتقدير أعضاء الأكاديمية.

كل هذه كانت محاولات فردية قام بها بعض الأفراد خلال الفترة من القرن الخامس عشر حتى القرن الثامن عشر، كان من آثارها الهامة توجيه الاهتمام نحو إنشاء أول مدرسة لتعليم الأطفال الصم في باريس، وكان ذلك في عام (1755)، ويرجع الفضل في إنشائها إلى (شارل ميشيل دي ليبيه Charles Michel de L' Ep'ee) الذي عاش في الفترة ما بين 1712 – 1789.

وكانت هذه المدرسة تضم أولاد الفقراء والأغنياء، بعكس ما كان متبعاً قبل ذلك حيث كان تعليم الأطفال الصم قاصر على طبقتي الأغنياء والنبلاء.

ولد (دي لابيه) في فرساي، وفي عام (1739) عمل على الانخراط في سلك الرهبنة، وقد تقابل أثناء رهبنته براهبتين فقدتا القدرة السمعية في الصغر وكانتا تتعلمان عند أحد الرهبان المدعو (فانين Vanin)، وبعد وفاة الأب فانين صمم (دي لابيه) على مواصلة تعليمهما وتكملة ما بدأه زميله، وقد لاقى نجاحاً كبيراً في تعليمهما، ومنذ ذلك التاريخ أخذ يكرس حياته لعملية تعليم الصم.

كان (دي لابيه) يعتقد أن الطريقة الوحيدة لتعليم الطفل الأصم تكون عن طريق الإشارة[1]، حيث كان ماهراً في الربط بين الإشارات المختلفة وبين لغة الحديث.

وانتقل مجال الاهتمام بهؤلاء الأطفال من فرنسا إلى ألمانيا، حيث أسس (صمويل هاينيك Samuel Heinicke) أول مدرسة لتعليم الصم في هامبورج انتقلت فيما بعد إلى ليبزج، وقد كان أول من يعتقد أن الطفل الأصم يستطيع (قراءة الشفاه)، كما أن في استطاعته تعلم الكلام، ولذلك يعتبره الكثيرون أنه (أبو الطريقة الشفوية Oral Method) في تعليم الصم.

ومن الأسماء اللامعة في ألمانيا في تعليم الصم في الفترة ما بين عام 1805 – 1974 (فريدريك موريتز هيل Fredrick Mortiz Hill) الذي يعتبر من ألمع الأسماء في تعليم الصم، ويرجع إليه الفضل في تطور الطريقة الألمانية لتعليم هذه الفئة من الأطفال، ولد فريدريك في بريسلاو، وقد تدرب ليكون مدرساً، وتتلمذ على يدي (بستالوتزي)، كما حصل على تدريب خاص لتعليم الأطفال الصم في مدرسة برلين، وكانت فلسفته في علاج الصم وتعليمهم تنحصر فيما يلي:

(1) يطلق على هذه الطريقة Manual Method.

"اتبع في تعليم الطفل الأصم نفس الخطوات الطبيعية التي يتعلم بها الطفل العادي طريقة الكلام ".

أما في إنجلترا، فقد أنشأ (توماس بريدوود Thomas Braidwood) في أدنبرة في عام 1760 مدرسة للصم، وبعد ذلك أنشأ مدرسة أخرى في لندن، وقد كان يستعمل في تعليم الصم الطريقة الشفوية.

(1 – 7) طرق تعليم الأطفال الصم:

هناك طريقتان لتعليم هذه الفئة من الأطفال:

1. **الطريقة الأولى: وتعرف باسم (طريقة الإشارة Manual method):**

وتعتمد هذه الطريقة على الإشارات والإيماءات وحركات الجسم التي نعبر بها عن الأفكار، كحركات الكتفين ورفع الحاجب والتعبيرات المختلفة على الوجه.

2. **الطريقة الثانية: وتعرف باسم (الطريقة الشفوية):**

وهي تقوم أساساً على قدرة الطفل على ملاحظة حركات الفم والشفاه واللسان والحلق... إلخ، وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية (حروف)، وهذه الطريقة تحتاج إلى خبرة من المعلم ليمارسها وإلى خبرة أخرى من المتعلم ليتمرسها، ولهذا السبب بالذات نجد أن بعض الأطفال لا يمكنهم تعلم الكلام عن هذه الطريقة.

وهناك من يقول أن الطريقة الشفوية ما هي إلا وسيلة تعليمية يتبعها المدرسون داخل حجرة الدراسة فقط، حيث اتضح بالملاحظة أن الطفال الصم لا يستعملونها خارج حجرة الدراسة أثناء لعبهم، فهم يفضلون استعمال الإشارة كلغة للتفاهم خارج حجرة الدراسة، لهذا يحسن تعليم الطفل الأصم بالطريقتين: الطريقة الشفوية، وطريقة الأشارة.

(1 – 8) كيف نعلم الطفل الأصم الكلام؟

إن قراءة الكلام — كما أشرنا في الطريقة الشفوية — فن دقيق له أصول وقواعد تقوم أساساً على الربط بين صوت معين والحركة التي تصدر عن الشفاه أو الحلق أو اللسان، إن اختلاف حركات اللسان يأخذ أشكالاً مختلفة من حرف إلى آحرف آخر، فحركة اللسان مثلاً عند نطق حرف (ا مفتوحة) غيرها عند نطق حرف (ا مكسورة)، ذلك لأننا نجد اللسان في الحالة الأولى في مستوى أفقي، أما في الحالة الثانية فيكون اللسان مقوساً، وبين هذين الوضعين تتكون الحروف المتحركة الأخرى، وتقابل حركات اللسان حركات مقابلة للشفاه، فمن فتحة كاملة عند نطق الألف المفتوحة إلى استدارة يصاحبها بروز في الشفاه عن نطق الألف المضمومة، وتتخذ الشفاه أشكالاً أخرى يختلف بعضها عن بعض عند نطق الحروف المتحركة الأخرى وهي أكثر عدداً في اللغات الأوروبية، وخاصة في اللغات الإسكندنافية، منها في اللغة العربية.

أما عن تقويم أو تشكيل Articulation الحروف الساكنة، فيحدث ذلك نتيجة احتباس الموجات الصوتية بواسطة إيجاد عقبة في الجهاز الكلامي، وقد تحدث العقبة عند الوترين الصوتيين، أو يحدثها سقف الحلق الرخو، حيث إن ذلك الجزء يتدلى أحياناً، ويرتفع أحياناً أخرى على حسب نوع الحرف المنطوق، فعند نطق الحروف الأنفية (النون مثلاً) نلاحظ أن الجزء الرخو يتراخى إلى أسفل حتى يصل مع اللهاة إلى الجزء الخلفي من اللسان، وعلى هذا الوضع يخرج الصوت المحتبس عن طريق التجويف الأنفي إلى الخارج، أما في حالة الحرفين (الكاف والجيم) وهي من ضمن مجموعة الحروف الحلقية، فإن احتباس الهواء يحدثه الجزء الخلفي من اللسان مع سقف الحلق الرخو.

وفي بعض الحالات لا يكون احتباس الهواء كاملاً، كما يحدث في حرف السين، وهي من ضمن المجموعة السينية، حيث يتسرب الهواء في ممر ينحصر بين الشفتين العليا والسفلى.

ومن الأمثلة السابقة يتضح لنا أن عملية قراءة الكلام Speech Reading لا تعتمد فقط على ملاحظة حركات اللسان والشفاه، بل تعتمد كذلك على حاسة اللمس حيث إن الطفل عن طريق وضع يديه مثلاً على فتحة أنف المدرس يستطيع أن يحس الاهتزازات الصادرة عن نطق حرف النون، وكذلك الحال عند وضع راحة يده أمام الفم، يستطيع أن يحس بالهواء الصادر عند نطق حرف الفاء، ومعنى ذلك أن عملية قراءة الكلام عند الطفل الأصم هي عملية تعتمد على الإدراك البصري والإدراك اللمسي.

وطالما أن عملية تعليم الطفل الأصم الكلام عملية شاقة، فينصح البعض بأن تبدأ هذه العملية في مدارس الحضانة، ومعنى ذلك أن تعليم الطفل الأصم لا يكون في سن السادسة، كما يحدث بالنسبة للطفل العادي، بل يجب أن يبدأ في سن مبكرة، وهذا ما يدعو بعض البلدان المتقدمة إلى إصدار تشريعات تحتم على أولياء الأمور التبليغ عن أولادهم الصم ليتاح لهم فرص الانتظام في فصول خاصة بمدارس الحضانة، حيث يبدؤون تعليم الكلام.

وبعد أن يصل الطفل الأصم إلى درجة نستطيع أن نقول معها أنه بدأ يسيطر على اللغة عن طريق قراءة الشفاه بالإضافة إلى سيطرته على العملية الكتابية التي يجب أن تسير جنباً إلى جنب مع عملية التعبير الكلامي، فالعملية الكتابية وتعلم العمليات الحسابية والمعلومات العامة إلى غير ذلك من المواد الدراسية التي تدرس في المرحلة الأولى، يجب أن يغطيها منهج الدراسة الخاص بالصم.

ونتساءل: هل يدفع الطفل الأصم دفعاً إلى إتمام مرحلة التعليم العام ليلتحق بعد ذلك بالجامعة؟ أم نخطط لهذه الفئة برامج خاصة تتفق مع إمكانياتهم؟ إن الاتجاه الحديث يميل إلى أن نهيء للطفل الأصم نوعاً خاصاً من التعليم بعد أن يلم بالمبادئ الأساسية في عملية التعلم، هذه الناحية الخاصة تقوم أساساً على العمل اليدوي، إن الطفل الأصم يستطيع عن طريق إتقانه للعمل

اليدوي أن يكسب قوته، ويمكن للطفل الأصم إذا ما توفرت لديه القدرة العقلية والمهارة اليدوية أن يمتهن مهنة فنية أو عملية بنجاح بعد أن يعطي التدريبات اللازمة لهذه المهنة.

(1 – 9) الشخصية والتكيف الاجتماعي للطفل الأصم:

على الرغم من أن البحث في ميدان التكيف الاجتماعي ونمو شخصية الأطفال الصم قد أظهر جوانب اختلف فيها الباحثون، إلا أن هذه الدراسات – ككل – بما تضمنته من مواقف عديدة، وتنويع في المجموعات التجريبية والضابطة واستخدامها للعديد من أدوات البحث والاختبارات تلقي لنا ضوءاً هاماً على شخصية الطفل الأصم ومدى تكيفه الاجتماعي.

ومن المعروف أن السمع يزودنا بالأساس الأكثر أهمية في الاتصالات الشخصية والاجتماعية، ولذلك يجب أن يوضع في الاعتبار عند وصف التكيف لدى الأطفال الصم ولادياً أهمية عملية السمع من حيث ارتباطها باكتساب المعرفة، ونمو اللغة، والنمو الذهني، والانفعالي، والاجتماعي، وعلى ذلك فإن الإعاقة السمعية تجعل هذه الاتصالات أكثر صعوبة، وهذا من شأنه أن يجعل سلوك هذه الفئة من الأطفال جامداً بدرجة خطيرة.

(1 – 10) التكيف الاجتماعي:

إن الطفل الأصم في محاولته للتكيف مع العالم الذي يعيش فيه، قد يتخذ تكيفه إحدى الصور الآتية: فقد يقبل أن يعيش كفرد معوق، أن ينعزل عن أفراد المجتمع متجنباً أي تفاعل شخصي واجتماعي مع الآخرين، فإذا اختار لنفسه الأسلوب الأول من أساليب التكيف، فمعنى ذلك أنه لزاماً عليه أن يواجه المجتمع وهو محروم من بعض الوسائل التي تيسر له الاتصال، ويحدث نتيجة لذلك أن يعيش الفرد الأصم على هامش الجماعة، وفي تلك الحالتين، يواجه الطفل الأصم الكثير من مواقف الشعور بعدم الأمن عندما يحاول الاختلاط بالغير، فهو في حيرة

دائمة لأنه يعرف ما إذا كان كلامه مفهوماً أو أن ما يقال له قد فهمه على حقيقته، لكل هذه الأساليب يمثل الصمم مشكلة كبرى تعوق تكيف الاجتماعي، أما إذا اختار لنفسه الأسلوب الثاني (العزلة) فسوف يعيش طوال حياته في فراغ صامت، لا يشعر فيه بمتعة الحياة.

(1 – 11) دراسات في شخصية الطفل الأصم:

أجريت عدة دراسات على الطفل الأصم، والطفل الضعيف السمع، وكذلك على الأطفال العاديين، وعن طريق استعراضنا لهذه الدراسات وعلى الاختبارات المختلفة التي طبقت على مجموعات متنوعة من بيئات مختلفة وأعمار مختلفة ومستويات اجتماعية متباينة، يمكن أن تكون فكرة عامة عن شخصية الطفل الأصم.

وفيما يلي ملخصاً لبعض هذه الدراسات:

1. قام (بنتر Pinter) بالاشتراك مع الباحثة للي برونشويج (Lily Brunschwig) في عام (1936) بإجراء دراسة عن تكيف شخصية الأطفال الصم(1) وقد اهتما بصفة خاصة بعاملين لهما صلة كبيرة بمدى تكيف الطفل الأصم هما:
   أ. الطريقة التي يتعلم بها (طريقة الإشارة، أو الطريقة الشفوية).
   ب. هل توجد حالات صمم أخرى في الأسرة؟

وطبق الباحثان (مقياس الشخصية للأطفال الصم The personality inventory for deaf children) لدراسة هذين العاملين، على عينة من المفحوصين تكونت من 770 من البنين، و560 من البنات، وتراوحت أعمارهم الزمنية من 15 – 71 سنة، وقد وجد الباحثان أن الأطفال الصم الذين يتعلمون بالطريقة الشفوية كانوا يمثلون الفئة الأحسن من حيث التكيف الاجتماعي،

---

(1) Pinter, R. & Brunschuig, Lily. 'Some personality adjustments of deaf children in relation to two different factors'. J. genet. Psychol, 2001, 46, 377 – 388.

بينما اتضح أن أولئك الذين يتعلمون بطريقة الإشارة كانوا يمثلون الفئة السيئة نسبياً من حيث تكيفهم الاجتماعي، كذلك اتضح من هذه الدراسة أن أسوأ صور التكيف لدى الأطفال الصم كانت توجد في أسر ليس بها أطفال صم آخرون.

2. نشرت (للي برونشويج) في عام (1996) دراسة قامت بها عن تكيف شخصية الطفل الأصم[1]:

وقد طبقت في هذه الدراسة (اختبار روجرز لدراسة الشخصية) لتحديد مظاهر التكيف التالية:

أ. مشاعر النقص.
ب. سوء التكيف الاجتماعي.
ج. سوء التكيف الأسري.
د. أحلام اليقظة.
ه. التكيف ككل.

وتكونت العينة من 159 طفلاً أصماً، و243 طفلاً عادياً، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن التكيف الاجتماعي كان واضحاً بصفة خاصة لدى الأطفال العاديين، كما أوضحت أنه من الممكن تطبيق اختبارات الشخصية على الأطفال الصم إذا روعيت إمكانياتهم اللغوية المحدودة.

3. اشترك (بنتر) مع (للي برونشويج) في عام (1997) في دراسة لهما عن مخاوف ورغبات الأطفال الصم، والعادي السمع[2]، وقد كانا يهدفان من هذه الدراسة إلى عقد مقارنة بينهما من حيث التعبير عن المخاوف، ولمحاولة إيجاد علاقة بين

(1) Brunshcwig, Lily, 'A study of some personality aspects of deaf children' New York: Teachers college, Columbia University, 1996.

(2) Pinter, R. & Brunschwig, Lily. 'A study of certain factors and wishes among deaf and hearing children. J. educ. Psychol. 1997, 28, 259 – 270.

المخاوف والرغبات والسن، وجمع بيانات عن مدى الاختلاف بينهما من حيث الإشباع المباشر لهذه الرغبات، وكان اختبار المخاوف الذي طبق في هذه الدراسة من نوع اختبارات تكملة الجمل الناقصة مثل " أكون خائفاً حينما... " ولدراسة الرغبات طبقاً " اختبار واشبورن للرغبات Washburne test of wishes "، وقد تكونت عينة الأطفال الصم من 85 من البنين، و74 من البنات، في نيويورك ونيوجرسي، أما المجموعة الضابطة – وهي الأطفال العادي السمع – فقد تضمنت 168 من البنين، و177 من البنات، من المدارس العامة في مدينة نيويورك، وقد أوضح تحليل النتائج أن المخاوف قد ظهرت بصورة أوضح لدى البنات الصم، ويليهم في ذلك البنات العاديات السمع، وفي اختبار الرغبات، استجاب الأطفال الصم (بنين وبنات) بطريقة أوضحت قلة رغباتهم واهتماماتهم في الحياة، كما أظهروا ميلاً إلى الرغبة في الإشباع المباشرة لحاجاتهم، وعدم القدرة على إرجاء هذا الإشباع، ومما هو جدير بالذكر أن هذه الدراسة قد أوضحت أنه ليس هناك ارتباط ثابت بين الرغبات والمخاوف وبين العمر الزمني والعمر الذي صار فيه الطفل أصماً.

4. قامت الباحثة (برادواي Bradway) في عام (1998) بإجراء تجربة لتحديد إمكانية استخدام "مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي[1] Vineland Social Maturity Scale" للأطفال الصم، وقد طبقت هذا المقياس على عينة من (مدرسة نيوجيرسي للصم) تكونت من 92 طفلاً أصماً تتراوح أعمارهم بين 5 – 20 سنة، وكانوا قد فقدوا سمعهم قبل سنة الثانية، أما المجموعة الثانية من المفحوصين فكانوا قد فقدوا سمعهم بعد سن الخامسة، ثم قارنت بين المجموعتين، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال الصم يعانون بصفة عامة من نقص في الكفاية الاجتماعية وذلك في كل الأعمار التي أجري عليها هذا الاختبار، ومما هو جدير بالذكر أن نتائج هذه الدراسة

(1) Bradway, Katherine Preston, "The social competence of deaf children". Amer. Ann. Deaf, 1998, 82, 276 – 260.

قد أوضحت أن مقياس فانيلاند للنضج الاجتماعي من الممكن تطبيقه بنجاح على الصم بدون تعديل.

5. وفي عام (1998) نشر "ن. ن. سبرنجر Springer" دراسة عن خصائص سلوك الأطفال الصم والعاديي السمع في مدينة نيويورك[1]، وقد طبق في هذه الدراسة (القائمة المتدرجة في السلوك لهاجرتي، أولسو، وكمان The Haggerty, Olso, Wickman Behavior Rating Schedule) على 377 طفلاً أصماً و451 طفلاً عاديي السمع، ممن تتراوح أعمارهم بين سن 6 – 12 سنة، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك تشابهاً في مشكلات السلوك بين الأطفال الصم والعاديين.

6. وقام سبرنجر أيضاً في عام (1999) بدراسة الاستجابات العصابية للأطفال الصم والعاديي السمع لتحديد مدى الاختلاف بينهم فيما يتعلق بالسلوك الذي يدل على سوء التكيف، كما يكشف عنه مقياس للشخصية[2]، وقد تكونت العينة من 379 طفلاً أصماً تبلغ أعمارهم حوالي 16 سنة، و329 طفلاً عاديي السمع، وقد روعي أن تتشابه المجموعتين من حيث الذكاء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، وجنسية الوالدين، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن الاستجابات العصابية قد ظهرت بصورة واضحة لدى الأطفال الصم، كما كشف عنها "مقياس براون للشخصية Brown Personality Inventory.

7. وللتأكد من صدق نتائج هذه الدراسة قام (سبرونجر وروسلو) في عام (2001) بدراسة مستفيضة في هذا الميدان[3]، وكان عينة الأطفال الصم 59 طفلاً (بنين وبنات) وتتراوح أعمارهم بين سن 12 – 14 سنة، وقد روعي أن يكونوا متشابهين في السن، والجنس، والذكاء، والوضع الاجتماعي، وجنسية

(1) Springer, N. N. A comparative study of behavior traits of deaf and hearing children of New York City. Amer. Ann. Deaf, 1998, 83, 255 – 273.

(2) Springer, N. N. 'A comparative study of psychoneurotic responses of deaf and hearing children'. J. educ. Psychol, 1999, 29, 459 – 466.

(3) Springer, N. N. and Roslow, S. 'A further study of the psychoneurotic responses of deaf and hearing children'. J. educ. Psychol, 2001, 39, 590 – 591.

الوالدين، أما مجموعة الأطفال العاديي السمع فبلغت 59 طفلاً (بنين وبنات) من المدارس العادية بمدينة نيويورك، وطبق في هذه الدراسة (مقياس براون للشخصية)، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة المحكمة أن الأطفال الصم قد ظهرت لديهم الأعراض العصابية بوضوح عن الأطفال العاديي السمع.

8. قام (سترنج وكيرك Streng & Kirk) في عام (2002) بإجراء دراسة عن الكفاية الاجتماعية[1] للأطفال الصم وضعاف السمع لتحديد النواحي التالية:

1) هل الأطفال الصم وضعاف السمع منخفضون من حيث النضج الاجتماعي؟
2) هل هناك علاقة بين الذكاء والنضج الاجتماعي؟
3) هل هناك فروق من حيث الجنس؟
4) إلى أي حد يكون للسن تأثير في النضج الاجتماعي؟
5) هل للسن الذي بدأ فيه الصمم عند الطفل تأثير على نضجه الاجتماعي؟

وقد اختير لهذه الدراسة عينة بلغت 97 طفلاً أصماً وضعيف السمع ممن تراوح أعمارهم بين سن 6 – 18 سنة، وقد طبق في هذه الدراسة " مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي "، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن المجموعتين متشابهتان تقريباً من حيث انخفاض مستوى النضج الاجتماعي، وأن هناك ارتباط سالب ضئيل بين نسبة الذكاء ومستوى النضج الاجتماعي، وأنه ليس هناك اختلاف بين الأطفال الصم والأطفال ضعاف السمع سواء في الذكاء أو النضج الاجتماعي، كما اتضح أنه ليس للسن تأثير ذا دلالة على النضج الاجتماعي، وكذلك للسن الذي بدأ فيه الصمم عند الطفل.

---

(1) Streng, Alice, and Kirk, S. A. 'The social competence of deaf and hard of hearing children in a public day school'. Amer. Ann. Deaf, 2002, 83, 244 – 254.

9. قام (جريجوري Gregory) في عام (2003) بدراسة[1] زاوج فيها بين 59 طفلاً أصماً وعاديي السمع – وذلك من حيث السن والجنس – وتراوحت أعمارهم بين سن 13 – 18 سنة، وقد اختير الأطفال الصم من مدرسة خاصة بهم، أما الأطفال العاديون فكانوا من إحدى المؤسسات، وطبق على هذه العينة اختبارات مختلفة للشخصية، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال الصم يميلون إلى الانسحاب من المشاركة الاجتماعية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية أكثر من الأطفال العاديي السمع.

10. درس (بوكارد وميكلبست Burchard & Myklebust) (2002) تأثيرات الصمم المكتسب والولادي على الذكاء والشخصية والنضج الاجتماعي[2]، وقد بلغت العينة 189 طفلاً تراوحت أعمارهم بين سن 7 – 19 في نيوجيرسي، واستخدما في هذه الدراسة " مقياس آثر للذكاء Grace Arthur Performance Intelligence Sequel of Intelligence " و " القائمة المتدرجة في السلوك لهاجرتي، أولسو، وكمان " و " مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي ". وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أنه ليست هناك اختلافات كبيرة بين الأطفال ذوي الصمم المكتسب والولادي في إجراء اختبار الذكاء، وأن مستوى الذكاء متشابه تقريباً في المجموعتين، كذلك اتضح أنه ليس هناك اختلاف ثابت بينهما من حيث النضج الاجتماعي، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة برادواي في عام (1937) من حيث نمو الشخصية، فقد ظهر لدى الأطفال الصم مشكلات في السلوك أكثر من الأطفال العاديي السمع، سواء كانوا يعانون من الصمم الولادي أو المكتسب.

---

(1) Gregory, Losbele. "A comparison of certain personality traits and interests in deaf and hearing children. Child development, 2003, 9, 277 – 280.

(2) Burchard, E. M. L. and Myklebust, H. R. "A comparison of congenital and adventitious deafness with respect to its efeect on intelligence, personality, and social maturity". Part III. Personality, Amer. Ann. Deaf, 2002, 87, 342 – 360.

والخلاصة، يمكننا أن نتبين من الدراسات السابقة أهم الصفات البارزة في شخصية الطفل الأصم فيما يلي:

1. إن الطفل الأصم يميل بسبب عاهته الحسية إلى أن ينسحب من المجتمع، ولذلك هو غير ناضج اجتماعياً بدرجة كافية.
2. إن الأطفال الصم — كمجموعة — لديهم مشكلات خاصة بالسلوك، مثل العدوان والسرقة والرغبة في التنكيل والكيد بالآخرين وتوقيع الإيذاء.
3. إن الأطفال الصم يميلون غالباً إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم، بمعنى أن مطالبهم يجب أن تشبع بسرعة.
4. إن استجابات الطفل الأصم لاختبارات الذكاء التي تتفق مع نوع إعاقته، لا تختلف عن استجابات الطفل العادي.
5. إن التكيف الاجتماعي غير واضح لدى الأطفال الصم، كما أثبت ذلك اختبار روجرز للشخصية، ومقياس براون للشخصية.
6. إن الأطفال الصم قد أظهروا عجزاً واضحاً في قدرتهم على تحمل المسؤولية.
7. أثبت اختبار فانيلاند للنضج الاجتماعي أنهم غير كاملين من ناحية النضج الاجتماعي، وذلك بسبب عجزهم عن التفاعل مع المجتمع، لأن التفاعل الذي يتم بين الفرد وأفراد المجتمع الآخرين يؤدي حتماً إلى نضجهم اجتماعياً.
8. إن المخاوف تظهر بصورة واضحة لدى البنات الصم، وأكثر هذه المخاوف ظهوراً هي الخوف من المستقبل.
9. يمكن إجراء الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية على الأطفال الصم بعد إجراء التعديلات الملائمة لهم.

(1 – 12) ضعاف السمع:

في أغلب المدارس، نجد بين وقت وآخر وفي فرق مختلفة، أن هناك من بين التلاميذ من لا يستطيع أن يسمع جملة كاملة إلا إذا خوطب بصوت مرتفع غير مألوف، وكثيراً ما يمكث هؤلاء التلاميذ في الفصول العادية دون أن يلتفت إليهم أحد، وهم في أكثر الوقت لا يفعلون شيئاً يذكر، ولا يلتفتون إلى ما يقال، يقضون أوقاتهم في الكتابة أحياناً أو في الرسم أحياناً أخرى، ويعلل المدرس ذلك بأن أمثال هؤلاء التلاميذ من طبقة ضعاف العقول أو من الأغبياء الذين تتعذر عليهم متابعة الدرس.

وسنعالج في الصفحات المقبلة هذا النوع من الإعاقة الحسية، مبينين أسبابها ودرجاتها، والوسائل العلاجية والتعليمية المختلفة التي تقدم للأخذ بيد تلك الفئات من الأطفال.

(1 – 13) الفرق بين الصمم وضعف السمع:

وليس الفرق بين الأصم وضعيف السمع هو في الدرجة، ذلك لأن الأصم هو ذلك الشخص الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع، بينما الشخص الذي يشكو ضعفاً في سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله، بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية، ومعنى هذا أن الشخص الأصم يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع، فهي معطلة لديه، وهو لهذا لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية، في حين أن ضعاف السمع يعانون نقصاً في قدرتهم السمعية، ويكون هذا النقص غالباً على درجات.

(1 – 14) الطرق المختلفة لاختبار السمع:

هناك عدة طرق لقياس حدة السمع، منها:

1. اختبار الهمس (Whispering Test) ويكون على النحو التالي:

ينطق المختبر مجموعة من الأعداد همساً وفي غير ترتيب، ويحسن أن يقف المختبر خلف المختبر له، أو على جانبه، وذلك لتلافي ترجمة الأصوات المهموس بها عن طريق قراءة الشفاه، ويجب أن يكون الهمس متجهاً نحو كل أذن على حدة.

2. اختبار الساعة الدقاقة (Watch – tick Test):

تجري هذه التجربة في هذه الحالة أولاً على فرد عادي من حيث القدرة السمعية، ثم تقاس المسافة التي ينتهي عندها سماع دقات الساعة وتعتبر هي النهاية العادية للسمع عند العاديين، وزيادة في الدقة يصح أن تجري التجربة على مجموعة من الأفراد العاديين ثم يؤخذ المتوسط الذي يعتبر مقياساً لدقة السمع في بيئة معينة، وعلى أساس هذا المقياس نستطيع قياس درجة حدة السمع لدى مجموعة من الأفراد، وطريقة إجراء التجربة تكون على النحو التالي:

يُؤتى بالفرد، مغمض العينين، ثم نطلب منه الوقوف عند نهاية العلامة التي انتهى عندها سماع دقات الساعة لدى الأفراد العاديين، فإذا سمع الدقات في هذا الوضع اعتبر فرداً عادياً من حيث القدرة السمعية، أما إذا تعذر عليه ذلك، قربت الساعة من أذنه تدريجياً حتى يسمع دقاتها ثم تحسب المسافة في الوضع الأخير وتقارن بالوضع الأول العادي، فإذا كانت المسافة التي يقف عندها سماع دقات الساعة في حالة فرد ما أقل من $\frac{1}{3}$ المسافة عند العاديين، حكمنا على ذلك الشخص الذي يجري عليه الاختبار بأنه ضعيف السمع.

3. **وهناك طريقة ثالثة لاختبار القدرة السمعية:**

وذلك بواسطة الصوت الطبيعي للإنسان، ويطلق على هذا الاختبار (The Spoken Voice Test) ويجري هذا الاختبار على النحو التالي:

تسد إحدى الأذنين بقطعة من المطاط أو القطن، ويقف الفرد وبجانبه شخص آخر في جهة من الحجرة تبعد عن المختبر بمسافة قدرها 20 قدماً، وتكون المسافة بينهما مقسمة إلى وحدات (قدمية)، ثم يوجه المختبر إلى المختبر له بعض الأسئلة التي تتناسب مع ميوله وعمره ودرجة ذكائه، وعند سماع الطفل السؤال الموجه إليه، يهمس في أذن الشخص الذي يجاوره بالإجابة، وفي حالة عدم سماعه السؤال، يتقدم المختبر قليلاً إلى الأمام ويعيد توجيه السؤال إليه، فإذا تعذر عليه سماع السؤال في هذا الوضع الجديد، تقدم المختبر ثانية وأعاد عليه السؤال، وهكذا، ثم تقاس المسافة التي يتم عندها السماع وتحسب النتيجة على الشكل التالي:

- **المسافة التي يتم عندها السمع:**

المسافة الكلية:

ولنفرض أن القدرة السمعية لدى الطفل المختبر له انتهت عند 8 أقدام، فمعنى ذلك أن قدرته السمعية هي $\frac{8}{20}$.

وأحب أن أشير إلى أن الأطفال يختلفون من حيث قدرتهم السمعية، فمنهم من يسمع الأصوات العادية على مسافة 20 قدماً، ومنهم من يسمعها على مسافة خمس أقدام، ومنهم من يسمعها على بعد قدمين، ومعنى ذلك أن هناك درجات متفاوتة في حدة السمع، أو بعبارة أخرى: إن الضعف السمعي يكون على فئات.

وطريقة الاختبارات بالصوت العادي طريقة غير مضبوطة، لأنه يتعذر على الإنسان وهو يوجه الأسئلة إلى المختبرين أن يكون صوته على منوال واحد من حيث حدة الصوت.

4. القياس عن الطريق الأجهزة السمعية وهي نوعان:

أ. 6 – A Audiometer.
ب. 4 – A Audiometer ويطلق عليه أحياناً (Speech Audiometer).

- الجهاز الأول:

هذا جهاز فردي يستعمل لقياس القدرة السمعية لدى الأطفال والكبار، ونستطيع أن نحصل بوساطة هذا الجهاز على رسم بياني لكل أذن على حدة ثم نقارنه بالمستوى المتفق عليه للفرد العادي.

وطريقة استعمال هذا الجهاز تكون على الشكل التالي:

نضبط القرص الخاص بالذبذبات Frequency على نقطة معينة ولتكن نقطة البداية 1024 ذبذبة في الثانية، ثم نحرك المفتاح الخاص بوحدات الصوت Decibles وهو موجود في الجهة المقابلة للقرص الدال على الذبذبات، من أسفل إلى أعلى[1]، وعند سماع المختبر للصوت الحادث نطلب منه أن يرفع يده للدلالة على أنه يسمع، ويحسن أن تجري التجربة أكثر من مرة للدقة، قبل تسجيل درجة النقص في القدرة السمعية على البطاقة الخاصة بذلك.

---

(1) إن وحدات الصوت مقسمة من 10 إلى 100.

ثم تعاد التجربة على الذبذبات الأخرى التالية: 2048، 4096، 1892، وهي كلها ذبذبات من النوع المعروف باسم (High pitched sounds) وبعد ذلك تقاس الذبذبات (Low pitched) مرموزاً لها بالأرقام: 512، 256، 128[1].

مدى النقص في الحدة السمعية:

يمكن تقسيم النقص السمعي Hearing losses إلى الفئات التالية:

أ. نقص سمعي من النوع البسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتية (Decibels) أقل من العادية.

ب. نقص سمعي من النوع المتوسط (Moderate) وهو يتألف من 40 وحدة صوتية أقل من العادية.

ج. نقص سمعي من النوع الشديد (Severe) وهو يتألف من 60 وحدة صوتية أقل من العادية.

إن أفراد الفئة الأولى يمكن تركهم في الفصول العادية ليواصلوا تعليمهم بين الأطفال العاديين، على أن تكون مقاعدهم في الصفوف الأمامية، أما أفراد الفئة الثانية فيجب أن تقدم لهم الأجهزة التي تساعد على السمع (Hearing Aids) على أن يبقوا أيضاً في الفصول العادية، وفيما عدا ذلك يجب عزل الذين تزيد حدتهم السمعية عن 40 وحدة في فصول خاصة وهم أفراد الفئة الثالثة.

- **الجهاز الثاني:**

يستعمل هذا الجهاز بطريقة جمعية، إذ يمكن اختيار عدد من الأطفال في وقت واحد بواسطته، والجهاز يتألف من حاك عليه أسطوانة مسجلة تردد مجموعة من الأصوات على درجات مختلفة من الارتفاع والانخفاض، وهذه الصوات تتألف من

(1) إن درجة الصوت (Pitch) تتوقف على عدد الاهتزازات في الثانية، فإذا زادت الاهتزازات أو الذبذبات على عدد خاص ازداد الصوت حدة، وبذا تختلف درجته، وعدد الاهتزازات في الثانية يسمى في الاصطلاح الصوتي التردد (Frequency)، فالصوت العميق عدد اهتزازاته في الثانية أقل من الصوت الحاد.

أرقام غير متوالية، ويتصل بالحاكي جهاز إرسال تليفوني يوضع على أذن المفحوص، ويطلب من المفحوص أن يكتب الأرقام التي يسمعها، ثم نقارن ما يكتبه بالتسجيل الصوتي، وعلى هذا النحو تمكن معرفة القدرة السمعية للمفحوص بشكل تقريبي.

(1 – 15) أسباب ضعف السمع:

هناك عدة أسباب ينشأ عنها ضعف القدرة السمعية، وهذه الأسباب تختلف باختلاف مكان الإصابة في الجهاز السمعي نفسه، فمنها ما يتصل بالأذن الخارجية، ومنها ما يتصل بالأذن الوسطى، ومنها ما يتصل بالأذن الداخلية.

وسنوضح فيما يلي أسباب الإصابة في كل جزء على حدة، وطريقة تحديد موضع الإصابة بالنظر إلى الرسم البياني للحدة السمعية (Audiogram):

1. أسباب تتصل بالأذن الخارجية:

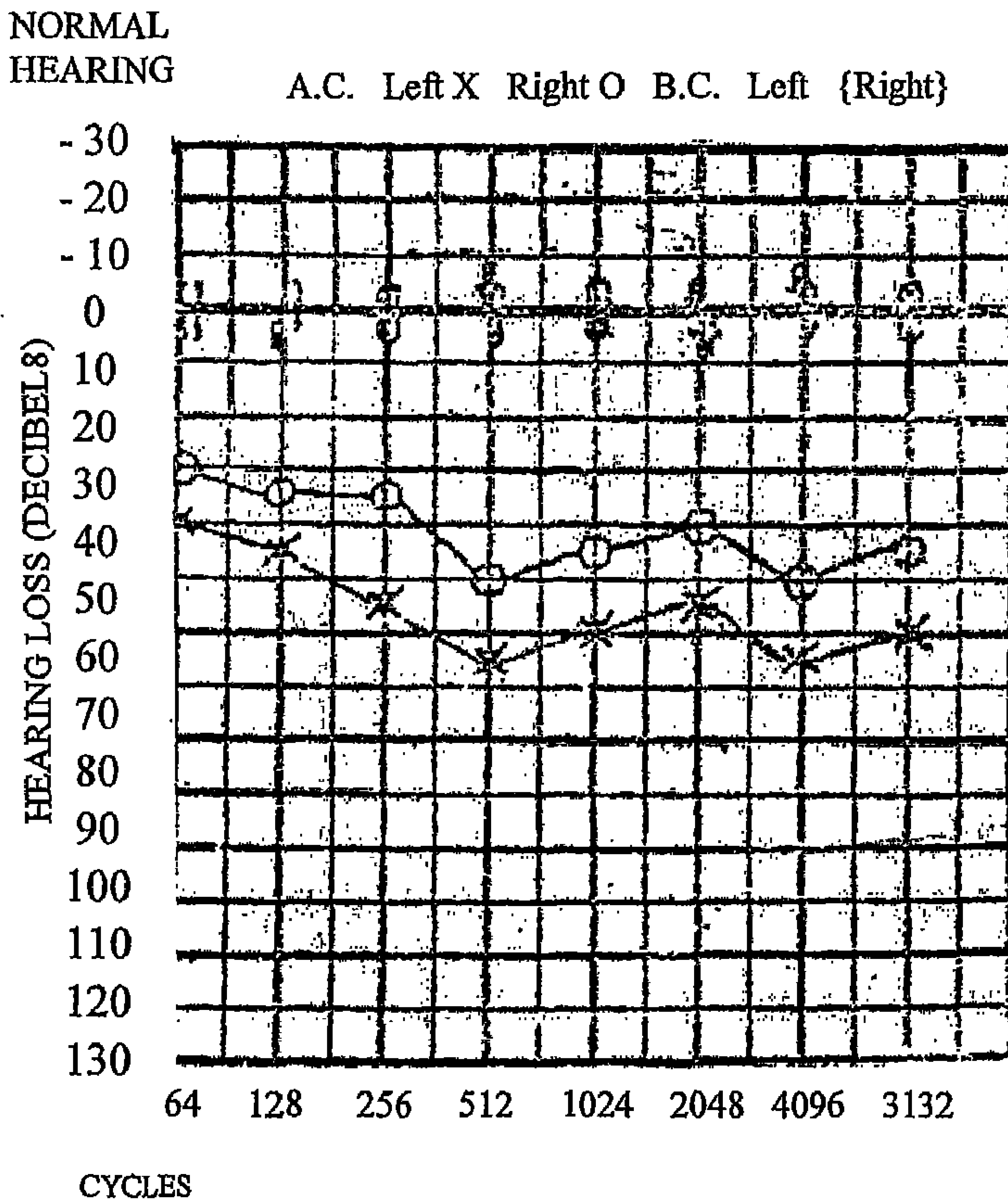
يحدث في بعض الحالات أن تفرز الغدد مادة شمعية، فإذا كثرت هذه المادة أدت إلى سد القناة السمعية، ويترتب على ذلك أن يصبح السمع ثقيلاً، ومن ثم كان من الواجب تنبيه الأفراد والمشرفين على تربية النشء إلى ضرورة العمل على إزالة هذه المادة.

2. أسباب تتصل بالأذن الوسطى:

يحدث في بعض الحالات أن تسد قناة استاكيوس عند إصابة الفرد بالبرد الشديد أو الزكام، وينتج عن ذلك أن يكون الضغط الخارجي على طبلة الأذن شديداً، وهنا لا تهتز الطبلة عند وصول الصوت إليها، ومن ثم لا تستطيع أن تؤدي وظيفتها.

ويمكن اعتبار ما أوردناه من أسباب في الحالتين السابقتين من الأسباب الطارئة التي تؤدي إلى ثقل السمع، إلا أنه بجانب ذلك توجد أسباب ثابتة ذات أساس عضوي، وتؤدي إلى نقص القدرة السمعية.

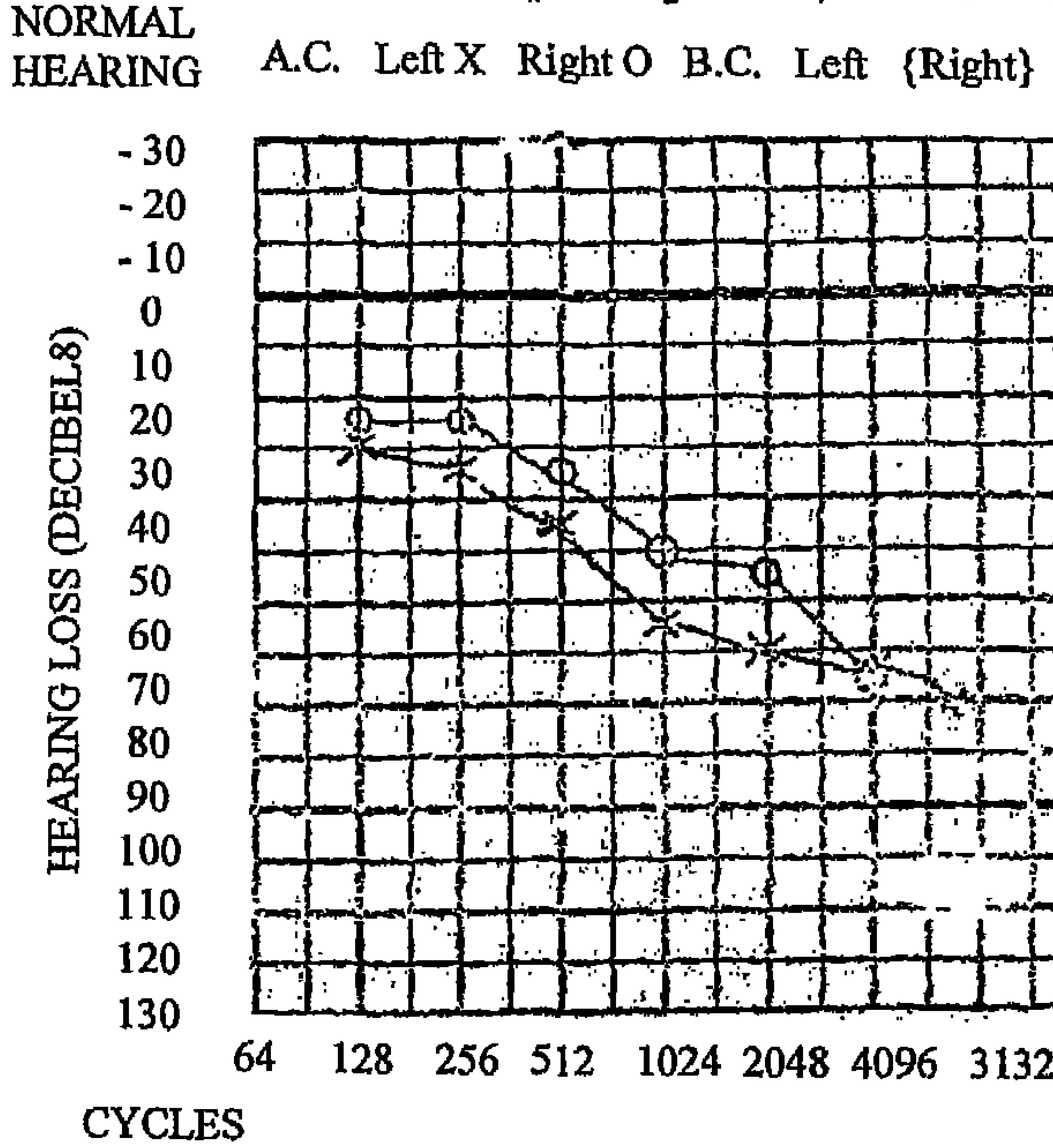
ونحب أن نشير إلى أن الإصابة بالأذن الخارجية أو الوسطى يمكن الاستدلال عليها عن طريق فحص الرسم البياني للقدرة السمعية الذي يكون عادة على شكل انخفاض يليه ارتفاع متدرج، ويتكرر هذا الوضع في الخط البياني ويعبر عن هذا اصطلاحاً بالعبارة (A conduction loss in hearing) وسنوضح ذلك بالرسم البياني التالي[1]:



(1) Speech problems of children (W. Johnson) 2001, p. 247.

3. أسباب تتصل بإصابة الأذن الداخلية:

يحدث في بعض الأحيان أن تصاب الأذن الداخلية وخاصة عصب السمع بأمراض تتلفها أو تعطلها عن العمل، وفي أمثال هذه الحالات نلاحظ انخفاضاً كبيراً واضحاً في الخط البياني بالذبذبات الحادة التي يعبر عنها High pitched sounds ويظهر ذلك جلياً من الرسم البياني التالي[1]:



(1 – 16) خصائص كلام الطفل ضعيف السمع:

يمتاز كلام الشخص ضعيف السمع وخاصة في مراحله المتأخرة بما يأتي:

- أولاً: عدم الوضوح.
- ثانياً: عدم القدرة على التحكم في الفترات الزمنية بين الكلمة والكلمة التي تليها، بمعنى أنه قد يقضي وقتاً أطول في نطق كلمة، في حين أنه في الكلمة التالية قد يسرع في النطق.

---

(1) المرجع السابق، ص 249

- ثالثاً: عدم القدرة على فصل الأصوات المختلفة، وتوضيحها، وقد يحدث أن يكون هناك تداخلاً بين بعض الأصوات.
- رابعاً: عدم الضغط الكافي على الكلمات أثناء نطقها مما يؤدي إلى أن الأشكال الصوتية لهذه الكلمات تكون غير واضحة وأحياناً تكون مختفية تماماً.

(1 – 17) كيف تكون العناية بضعاف السمع؟

إن من أبرز النتائج التي تترتب على ضعف السمع، وخاصة في المراحل الأولى، أن نطق الطفل لا يتطور تطوراً عادياً، ذلك لأن العملية الكلامية هي عملية مكتسبة تعتمد اعتماداً كبيراً على التقليد والمحاكاة الصوتية، ومعنى ذلك أن أي خلل يصيب الجهاز السمعي يترتب عليه التواء في طريقة النطق، ولهذا يحتاج مثل هؤلاء الأطفال إلى تمرينات خاصة لعلاج الناحية الكلامية، كما أنهم يحتاجون زيادة على ذلك إلى تمرينات لتقوية السمع نفسه تكون على النحو التالي:

أ. تعويد المصاب التمييز بين الأصوات المختلفة، كأبواق السيارات، ونباح الكلاب، وصوت الأجراس... إلخ.

ب. تمرينات يقصد بها تعويد المصاب على ملاحظة الأصوات الدقيقة، كالهمس، والصفير بصوت منخفض.

ج. تمرينات تتكون من أصوات كلامية تنطق بشكل واضح على مسافة يتمكن معها المصاب من التمييز بين كل منها، وملاحظة أعضاء الكلام الظاهرة، وقد جرت العادة البدء بالحروف المتحركة ثم الساكنة، على أن يكون نطق كل حرف منها على حدة ثم يتدرج إلى مقاطع مكونة من حرف ساكن وآخر متحرك.

د. تمرينات يقصد بها إثارة الانتباه السمعي لدى المصاب، ويكون ذلك عن طريق التسجيلات الصوتية التي يتاح له بواسطتها أن يسمع صوته ويقارنه بصوت آخر، وتراعى في هذه المقارنة أخطاؤه في النطق، ويستحسن أن تسير التمرينات

السمعية جنباً إلى جنب مع التمرينات الكلامية التي لا تختلف في طبيعتها عن التمرينات التي تستعمل في علاج العيوب الكلامية المختلفة.

هذا وأحب أن أشير إلى أن قراءة الشفاه (Lip reading) له أهمية عظمى في علاج هؤلاء المصابين، وهناك بعض القواعد التي تجب مراعاتها عند تعليم الطفل بطريق قراءة الشفاه منها:

1. أن نعرض على الطفل الأشياء التي نريد أن نعلمه إياها بهذه الطريقة، أو بعبارة أخرى، نربط بين منطوق الكلمة ومدلولها.
2. تجب مراعاة مستوى الطفل ومرحلته في النمو، أي أنه يحسن بنا أن نبدأ بالأمور التي تتصل اتصالاً مباشراً بحياته وحاجاته الأساسية.
3. لتكن المسافة التي تفصلك عن الطفل وأنت تحاول تعليمه كيف يقرأ بشفتيك لا تزيد عن خمسة أقدام ولا تقل عن قدمين، لأنه في حالة اقترابك منه يتعذر عليه تركيز انتباهه على أعصاب وجهك.
4. ليكن كلامك واضحاً وبنغمة طبيعية.
5. ليس من الضروري أن يعيد الطفل الكلمات التي تتفوه بها بل يكتفي بأن يقلد الحركات التي قمت بها دون إخراج أي صوت.
6. هنالك بعض الحروف الساكنة تكون ذات صورة متشابهة على الشفاه، كحرفي الميم والباء، أو التاء والدال، أو الجيم والكاف، ومن الممكن في هذه الحالات مساعدة الطفل أثناء التعليم بطريق قراءة الشفاه، على التفرقة بين الحروف المتشابهة في طريقة إخراجها، باستعمال الكلمات المختلفة في جملة وفي كلمات مفردة.
7. إن استعمال المرآة يساعد على ملاحظة حركات الشفاه في أوضاعها المختلفة.

وهناك مجموعة أخرى من العيوب الإبدالية تتصل بالحروف الحلقية، حيث يلاحظ أن بعض الأطفال يبدلون حرف (الكاف) مثلاً إلى حرف (التاء)، فيقولون: تلب بدلاً من كلب، أو إبدال حرف (الجيم) إلى (دال)، مثل داموسة بدلاً من

جاموسة، وهنالك طائفة أخرى من الأطفال تبدل حرف (الراء) إلى (لام) مثل لجل بدلاً من رجل.

وأحسن طريقة لإصلاح نطق حرف الجيم والكاف تكون بواسطة استعمال (خافض اللسان) حيث يضغط على الجزء الأمامي من اللسان فيندفع الجزء الخلفي منه فيلاصق سقف الحلق الصلب، ويطلب من الطفل في هذا الوضع أن ينطق الحرف.

إن الأساس الذي يقوم عليه إصلاح العيوب الإبدالية هو تعويد الطفل على تحريك لسانه في الأوضاع الصحيحة التي تحدث الصوت المطلوب، لأننا — كما نعرف — إن إحداث كل صوت من أصوات الحروف الهجائية يتطلب أوضاعاً معينة للسان داخل فجوة الفم بالإضافة إلى تحركات الشفاه والأسنان تحركات تختلف من شكل صوتي إلى شكل آخر، ويمكن أن يستعان في ذلك بمرآة أثناء التدريب على نطق الحروف، توضع أمام الطفل، كما سبق أن ذكرنا.

(1 – 18) الطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية:

التوصيات التي يتوجب على المعلم أن يأخذها بعين الاعتبار إذا لاحظت بعض الطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية:

1. تحويل الطالب إلى عيادة المدرسة أو أقرب عيادة صحية مدرسية بشكل دوري حتى يتم التأكد من حالة الطفل وطبيعة ودرجة مشكلته السمعية إن وجدت، وضمان حصوله على السماعة المناسبة.
2. تشجيع الطفل على استخدام السماعة والتأكد من أنه يتقن عملية ضبطها والتأكد من وقت لآخر من صلاحية بطاريتها، ومما تجدر الإشارة إليه أن التلاميذ الصغار في كثير من الأحيان يخجلون أو يبدون تذمراً من وضع السماعة بشكل مستمر، ومن المفيد أن يعمل المعلم بالتعاون مع الأسرة على ملاحظة أن التلميذ يضع سماعته خارج أوقات المدرسة أيضاً.

3. جلوس الطفل في مكان مناسب يسمح له برؤية المعلم بشكل واضح، ويتيح له الاستعانة بقراءة الشفاه وملاحظة تعبيرات الوجه والحركات الجسمية المختلفة للمعلم، وفي كثير من الحالات قد لا يكون الصف الأول من المقاعد في غرفة الصف هو المكان المناسب، فعلى الرغم من أن الطالب يجلس في المكان الأقرب للمعلم، إلا أنه يحتاج إلى أن يبقي رأسه مرفوع إلى الأعلى حتى يستطيع أن ينظر إلى وجه المعلم، الذي يكون واقفاً في معظم الأحيان، وكذلك الحال فإن إجلاس الطالب على المقاعد الجانبية من الصف يجعله بحاجة إلى الالتفات دوماً باتجاه المعلم الذي عادة ما يقف في منتصف الصف، ويختلف المكان الأكثر ملاءمة للطالب تبعاً لترتيب غرفة الصف وحجم الطفل ودرجة صعوبته، إلا أنه بشكل عام يمكن القول إن أفضل الأمكنة هو منتصف الصف الثاني أو الثالث من المقاعد، أما الأطفال الذين يعانون من ضعف سمعي بإحدى الأذنين، فينصح بأن يجلسوا في مكان يسمح بأن تكون الأذن السليمة مقابلة للمعلم، وعلى أية حال يجب أن تتاح الحرية للطفل للجلوس في المكان الأكثر راحة له أو المكان الذي يختاره.
4. توفير درجة كافية من الإضاءة في غرفة الصف ومراعاة وجود مسقط ضوئي في سقف الحجرة باتجاه المعلم حتى يسهل على التلميذ قراءة الشفاه، والاستفادة من تعبيرات المعلم الجسمية المصاحبة لشرحه.
5. الاهتمام بتدعيم وتنمية التفاعل الاجتماعي بين الطالب وأقرانه في الصف، إن الأطفال المعوقين سمعياً يظهرون ميلاً للتفاعل الاجتماعي مع المعلم بدرجة أكبر من تفاعلهم مع أقرانهم، وعليه يجب تشجيع الطفل على الاستعانة بزملائه كلما لزم الأمر بدلاً من اللجوء إلى المدرس كلما واجهته صعوبة في غرفة الصف، وقد يكون من الملائم أن يقوم المعلم بتكليف بعض التلاميذ بشكل دوري لتقديم العون إلى الطالب وتوضيح ما قد يفوته أو يعجز عن سماعه بشكل واضح.

6. عدم إعطاء معاملة خاصة في الصف للطفل المعوق سمعياً، كالتقليل من الواجبات أو التساهل في تصحيح الامتحانات أو إعطاء بعض الامتيازات الأخرى غير الضرورية، ويجب على المعلم أن يدرك أن لذلك التلميذ نفس الحقوق وعليه نفس الواجبات، وهذا لا يعني بأي شكل من الأشكال إجراء بعض التعديلات التي تقتضيها طبيعة صعوبة الطفل.
7. على المعلم أن يتذكر دائماً أن يتحدث بسرعة مناسبة ونبرة صوت مرتفعة نسبياً حتى يتمكن الطالب المعوق سمعياً من الاستعانة بقراءة الشفاه، وتجدر الإشارة إلى أنه ليس من المفيد أن يبالغ المعلم في الإبطاء في الحديث، أو المبالغة في رفع صوته، أو تشكيل مخارج الحروف بشكل غير طبيعي، فالطالب الذي يقرأ الشفاه يستفيد في العادة في مواقف الحديث الطبيعية وسرعة الكلام العادية.
8. من الملائم أن يقوم المعلم بتلخيص الدرس والنقاط الرئيسية في المناقشة والأسئلة الأساسية، والتكليف بالواجبات المنزلية، ومواعيد الامتحانات... إلخ على اللوح حتى لا يختلط على الطالب ذي الصعوبات السمعية بعض الأمور أو تفوته متابعتها.
9. نظراً لأن الطالب المعوق سمعياً يستعين في العادة بقراءة الشفاه والتعبيرات الجسمية الأخرى للمعلم، فمن الأهمية بمكان أن يراعي المعلم الوقوف في مكان مناسب قبالة الصف، والإقلال من الحركة كي يسهل على الطالب عملية المتابعة البصرية، وعندما يقوم المعلم بكتابة شيء على اللوح في الوقت الذي يواصل فيه الحديث معطياً ظهره للطلبة، فمن الأهمية بمكان إعادة ما قاله مرة أخرى ووجهه مقابل لهم.
10. الإكثار من استخدام وسائل الإيضاح البصرية كالرسوم والصور والإشارات اليدوية... إلخ.
11. تقليل درجة الضوضاء في غرفة الصف وما يحيط بها، ويجب التذكير بأن الأصوات المحيطة سواء من غرفة مجاورة أو الممرات أو الملعب تسهم في التشويش على سماع التلميذ الذي يضع السماع، وإن الأصوات هي الأخرى تتعرض إلى التضخيم عن طريق السماعة.

(1 – 19) دور معلم التربية الخاصة:

يختلف شكل وطبيعة الخدمات التربوية المناسبة لمختلف فئات المعوقين سمعياً من فرد إلى آخر باختلاف درجة الإعاقة السمعية، لا تختلف المناهج التعليمية للمعوقين سمعياً في أهدافها العامة عن منهاج السامعين إلا أنها تتضمن تركيزاً على بعض الجوانب التي تستجيب للاحتياجات الفردية، كما أن الأسلوب الذي يتبع في تدريس هذه المناهج يختلف تبعاً لدرجة صعوبة الطفل وطبيعة البرنامج التربوية، وما إذا كان يأخذ بالاتجاه اللفظي في الاتصال أو الاتجاه اليدوي أو الاتصال الكلي، علاوة على ذلك فإن البرنامج التعليمي يتضمن تدريبات على مهارات خاصة كالتمييز السمعي والتدريب على النطق وقراءة الشفاه وعلاج عيوب الكلام.

إن القول بأن التدريب على هذه المهارات موجود أيضاً في مناهج تعليم العاديين في المرحلة الابتدائية قول سليم، إلا أن هنالك فرقاً واضحاً في درجة التأكيد على ذلك، فبينما يتم تدريب العاديين عليها غير مباشرة، إلا أنها تعتبر وحدات أو مفردات أساسية في المنهاج التعليمي للمعوقين سمعياً.

إن خلاصة القول هي أنه لا ضرورة لوجود مناهج خاصة بالمعوقين سمعياً من فئة ضعاف السمع إذ يمكن أن تطبق عليهم مناهج التعليم العادية (قراءة، كتابة، رياضيات، علوم، اجتماعيات... إلخ) مع بعض التعديلات المناسبة في طريقة التدريس، وهو منهج يشتمل على مجموعة من المهارات التعويضية الي دعت الحاجة إلى تدريسها نتيجة لظروف العوق، أهمها المهارات الأكاديمية الخاصة، مهارات الإدراك الحسي، مهارات التواصل، المهارات الاجتماعية، مهارات الحياة اليومية، أما عن دور معلم التربية الخاصة في برامج الدمج التربوي بالمدارس العادية المتمثلة في غرف المصادر، والمعلم المتجول، والمعلم المستشار، أوضحت الدراسة أن دور المعلم يشمل أشياء كثيرة أهمها مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة على اكتساب المهارات التواصلية، والمهارات الاجتماعية التي تمكنهم من النجاح ليس في

المدرسة وحسب إنما في الحياة بوجه عام، وتسهيلم مهمة الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في عملية المشاركة في الأنشطة الصفية واللاصفية، وتمثيل الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في الاجتماعات المدرسية، والتأكيد على احتياجاتهم الأساسية، والدفاع عن حقوقهم وقضاياهم الضرورية، ومساعدة أولياء أمور الأطفال المعاقين على معرفة آثار الإعاقة النفسية والاجتماعية على سلوك أطفالهم، وتزويدهم بالمواد التربوية، والوسائل التعليمية التي من شأنها أن تسهل مهمة متابعة واجبات أبنائهم المدرسية، وأن تسهم في زيادة وعيهم بخصائص واحتياجات وحقوق وواجبات أبنائهم، الأمر الذي يجعل منهم أعضاء فاعلين في مجالس أولياء الأمور، وتوطيد أواصر التعاون، والنهوض بمستوى التنسيق، وتقوية قنوات الاتصال بين أسر الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة والمسؤولين في المدرسة، والعمل على إيجاد بيئة أكاديمية واجتماعية يستطيع فيها الأطفال العاديون وغير العاديين – على حد سواء – استغلال أقصى قدراتهم، وتحقيق طموحاتهم.

تعتمد عملية توصيل ما تحتويه المناهج على مدى كفاءة المعلم وقدرته على ممارسة كافة أدواره كمعلم سواء داخل أو خارج المدرسة، وتمكنه كذلك من إدارة جميع المواقف التعليمية التي تساهم في تحقيق الأهداف للمنهج وتعليم الطلاب ضعاف السمع يحتاج لمعلم ذو كفاءة عالية وقدرة على تحمل العبء الأكبر لإنجاح المنهج وبلوغ أهدافه لأن عملية تدريس ضعاف السمع عملية ذات تعقيد وتشابك، حيث يواجه معلموا ضعاف السمع مشكلة أساسية وهي أن معظم ضعاف السمع يلتحقون بالمدرسة ولديهم خبرات محدودة، مما يتطلب من المعلم القيام بتهيئة ضعاف السمع لتلقي المعلومات الجديدة مع مراعاة القصور اللغوي لديهم، وهذا يعتمد على كفاءة المعلم وكيفية تحديده من أين يبدأ، لأن نقطة البداية للمعلم تتمثل في تقديم المساعدة لضعيف السمع لتقبل إعاقته السمعية، وتقبل البيئة التي يعيش فيها، لأن ضعيف السمع يعاني من شعوره بعدم تقبل

المجتمع له وأن كل من حوله لا يستطيعون فهمه، فلذلك ينبغي إلحاقه بالمدرسة ليشعر بالانتماء في مجتمعه الخاص.

إن بذلك دور المعلم حيث يوضح لضعيف السمع أن فقد حاسة السمع ليس نهاية العالم، وأن الله تعالى قد وهبهم حواس أخرى لاستغلالها في محاولة التغلب على إعاقتهم السمعية، ثم يبرز لهم قصص كفاح بعض الشخصيات من الصم مثل توماس أديسون وغيره، مما يجعل ضعيف السمع يعيد النظر في تقدير قيمة القدرات التي يملتكها ويجعله يثق بنفسه وبقدراته التي يملتكها بشكل موضوعي، وعلى المعلم أن يعمل على قياس الجوانب النفسية والاجتماعية المتعلقة بضعاف السمع.

دور المعلم في تخطيط الدروس وتحديد مكوناتها ومصادرها ووضع الأهداف واختيار الوسائل التعليمية والأنشطة المصاحبة لها

لا تختلف المناهج التعليمية للمعوقين سمعياً في أهدافها العامة عن منهاج السامعين إلا أنها تتضمن تركيزاً على بعض الجوانب التي تستجيب للاحتياجات الفردية، كما أن الأسلوب الذي يتبع في تدريس هذه المناهج يختلف تبعاً لدرجة صعوبة الطفل وطبيعة البرنامج التربوي، وما إذا كان يأخذ بالاتجاه اللفظي في الاتصال أو الاتجاه اليدوي أو الاتصال الكلي، علاوة على ذلك فإن البرنامج التعليمي يتضمن تدريبات على مهارات خاصة كالتمييز السمعي والتدريب على النطق وقراءة الشفاه وعلاج عيوب الكلام، إن القول بأن التدريب على هذه المهارات موجود أيضاً في مناهج تعليم العاديين في المرحلة الابتدائية قول سليم، إلا أن هنالك فرقاً واضحاً في درجة التأكيد على ذلك، فبينما يتم تدريب العاديين عليها غير مباشرة، إلا أنها تعتبر وحدات أو مفردات أساسية في المنهاج التعليمي للمعوقين سمعياً.

خلاصة القول أنه لا ضرورة لوجود مناهج خاصة بالمعوقين سمعياً إذ يمكن أن تطبق عليهم مناهج التعليم العادية (قراءة، كتابة، رياضيات، علوم،

اجتماعيات... إلخ) مع بعض التعديلات المناسبة في طريقة التدريس، مضافاً إليها التدريب على الجوانب الخاصة التي سبقت الإشارة إليها.

كما إن المناهج العادية التي يدرسها الذين يعانون من ضعف سمع وطرق تدريسها، تتطلب تغييرات جذرية في الرؤيا والممارسة بما يتعلق بالتربية بشكل عام، والنظم المدرسية برمتها، ويجب القيام ببعض الإصلاحات في المدارس العادية من أجل تمكينها من احتواء جميع الأطفال بما فيهم ذوي الصعوبات السمعية، أو ذوي الإعاقات الأخرى التي لديها القدرة على التعلم، وإيجاد طرق لخلق الظروف التي تتلاءم مع تنوع التلامذة، وتسهيل تعلم جميع الأطفال وضرورة التركيز على الطفل نفسه، ويجب مراعاة الفروق الإنسانية الطبيعية لهذه الفئة وذلك عن طريق تخفيف بعض الواجبات والمحفوظات المطلوبة من هذه الفئة، حيث أن تدريس هذه الفئة تتطلب الوقت الطويل، والمناهج طويلة وتحتوي على معلومات كثيرة لا يمكننا المواضبة على تدريسها أو تغطيتها بشكل وافي بسبب ضيق الوقت، كما أنه من غير المعقول انشغال الطفل بالدراسة طوال الوقت، وذلك بسبب حاجته للراحة واللعب والترفيه والانشغال ببعض الهوايات التي يحبها، كما أننا لا نستطيع القيام بتدريسه طيلة الوقت، ويجب التعاون بين الإداريين والمعلمين وتقدير وضع الأطفال المعاقين سمعياً، ويجب تدريس هذه الفئة بالطريقة التي تناسبهم.

الحقيقة الواضحة أن البيئة التعليمية للمدارس العادية ولصفوفها، غالباً ما تفشل في التكيف مع الحاجات التربوية للكثيرين من الطلاب، على أقله مع ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة كضعاف السمع منهم، وهذا قد يكون هو السبب الرئيسي الذي يمنع الكثيرين من التلامذة ذوي الإعاقات من الذهاب إلى المدارس العادية، وإلى أن تقوم المدارس العادية بتطوير إمكانياتها للاهتمام بهم، فإنه من الصعب الدفاع عن موضوع الدمج.

إن المتطلبات الأساسية للدمج تقتضي تلقي التلامذة ذوي الإعاقات تعليمهم في المدارس العادية، ومن التحديات الكبرى التي تواجهنا لبلوغ هذا الهدف،

التغيير المطلوب في الدور الذي تلعبه المدارس العادية، وبدعم من الخبراء التربويين أينما دعت الضرورة، الذين يقع عليهم عبء توسيع حجم المعرفة، وتنمية مقدار التجاوب بالنسبة للحاجات التعلمية الخاصة، داخل الغرف الدراسية، والعناصر الأساسية لهذا الطرح، يجب أن تشكل جزءاً من البرنامج التربوي للمعلمين، كل هذا يقع على مستوى المرحلة الأولى، ضمن إعداد المعلمين وتدريبهم.

ومن السلبيات الأخرى اكتظاظ الفصول بالطلبة مما يؤثر على إعطاء المدرس الوقت الكافي من الاهتمام أثناء شرح الدرس وعدم توفير الوسائل المناسبة لإيصال المعلومات بشكل أفضل لضعاف السمع، وأن هناك بعض الأطفال يتعاملون بفظاظة وسخرية مع المعاق مما يشعره بعدم الراحة.

وخلاصة القول إن التربية كنظام يجب أن تكون مرنة، ويجب أن يكون مبدؤها التعليم داخل الصفوف العادية كلما أمكن، إن خدمات التربية تسمح للأطفال ذوي الإعاقات بالإقامة مع عائلاتهم، والذهاب إلى المدارس القريبة من مساكنهم كباقي الأطفال، وإن توفر هذه الظروف يعد في غاية الأهمية على صعيد نمو الطفل الشخصي وأي انقطاع في تواصل النمو الطبيعي للطفل المعاق قد يؤدي إلى عواقب أشد صعوبة من الإعاقة ذاتها، ولهذه الأسباب يجب على الدولة تكييف العملية التربوية لتتناسب مع الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية وذلك من خلال ما يلي:

أ. أن يكون لها سياسة واضحة، مفهومة، ومقبولة على مستوى المدارس، وعلى مستوى المجتمعات المحلية الكبرى.

ب. أن يكون لديها مرونة منهجية من حيث المضمون والأسلوب.

ج. تأمين المواد والتجهيزات اللازمة، والتدريب المستمر للكوادر التعليمية، والأساتذة المتخصصين بالدعم التربوي.

د. إن أولياء الأمور لهم الحق بأن يكونوا شركاء في العملية التعليمية، ومن الممكن أن يكونوا بحاجة إلى عدم وتشجيع من قبل المسؤولين ليمارسوا دورهم كأهل لطفل يعاني من إعاقة سمعية، فيعملون جنباً إلى جنب مع المسؤولين كشركاء متساويين.

(1 – 20) اضطرابات الطلاقة اللفظية Fluency disorders:

التأتأة أو التلعثم أو اللجلجة Stuttering:

تعرف على أنها حالة معقدة تتميز بعدم الطلاقة في النطق بشكل حاد بما في ذلك تكرار الأصوات الفردية ومقاطع الكلمات والكلمات أو أجزاء الجمل والإطالة في إخراج الأصوات والتردد في إخراجها.

ويعرف العالم Harris and Wingate 1464 التأتأة على أنها اضطراب في طلاقة الكلام وصعوبة في إخراج الكلام بشكل سليم ووجود ارتفاع نسبي في عدد التوقفات ومدتها خلال الكلام.

وتتميز التأتأة بسلوكيات لفظية رئيسية وسلوكيات أخرى مصاحبة:

1. التكرار للكلمة أو مقطع الكلمة أو الحرف.
2. الإطالة للحرف أثناء الكلام.
3. التوقف أو احتباس الحرف وعدم القدرة على التلفظ أثناء الكلام.

(1 – 21) السلوكيات المصاحبة:

تبدأ المشكلة بالتفاهم عندما يشعر المريض بمشكلته وأنه غير قادر على الكلام بشكل سوي مما يجعل الأسرة تضغط على المريض لكي يخرج الكلام بشكل متناسق كما يبدأ الزملاء بالمدرسة بالضحك والاستهزاء ومما يفسح المجال لظهور السلوكيات الثانوية كمحاولة التخلص من التأتأة باستخدام أنواع من الشد العضلي الجسدي بالرأس أو الأطراف أو يلجأ لتجنب بعض الحروف التي يحدث منها تأتأة ويبدأ يميل للصمت وقلة الكلام ومما يترتب عليه من إحباط نفسي كبير.

(1 – 22) النظريات التي تفسر التأتأة أو التلعثم:

صنفت النظريات التي فسرت التأتأة أو اللجلجة إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

1. **النظريات التي اعتمدت في تفسير اللجلجة على الانحرافات الحسية أو التكوينية:**

وقد اعتمدت هذه النظريات بعض العوامل العضوية مثل الخطأ التكويني باللسان والتلف المخي وعدم القدرة على التنسيق الحركي وهذه النظرية ترى أن الخلل في ضبط التوقيت ينتج عن اضطراب التغذية المرتدة السمعية مما يؤدي إلى تقطع في نتاج العمليات الحركية اللازمة للكلام.

وهناك اتجاه يرى أن العوامل البيئية وعوامل التعلم والاكتساب قد تلعب دوراً مهماً في ظهور هذا الاضطراب.

2. **النظريات التي ترجع اضطراب اللجلجة إلى أسباب سيكولوجية ونيرولوجية:**

وترى هذه النظرية أن التأتأة ترجع إلى حاجات لا شعورية عند الفرد أو إلى القلق الشديد أو إلى المشكلات الانفعالية الحادة.

3. **نظريات التعلم:**

تفترض إحدى هذه النظريات التي عالجت التأتأة في زمن مبكر أن هذا الاضطراب ينمو ويتطور عندما يستجيب الوالدان بطريقة سلبية للأشكال العادية من عدم طلاقة النطق التي تظهر عند الأطفال الصغار ويترتب على ذلك بدء دائرة مفرغة تبدأ بشعور الطفل بالاستجابات السلبية من جانب الوالدين وبعد ذلك يدخل الطفل مرحلة صراع تصاحب محاولاته ليتجنب اشتعال عدم طلاقة النطق وهذا الصراع بدوره يؤدي إلى زيادة عدم طلاقة النطق أكثر مما يؤدي إلى تخفيضها.

أما الاتجاه الحديث يرى أن التلعثم أو التأتأة هو نتيجة للتفاعل بين العوامل البيولوجية الفسيولوجية من جهة والعوامل البيئية النفسية من جهة أخرى.

(1 – 23) بعض الدراسات عن أسباب التأتأة:

أشارت دراسة قام بها فريق العلماء Harres 1994 and Ries وجود مشكلة التأتأة في التاريخ العائلي لثمانين طفلاً يعانون من التأتأة كما وأن أثبتت دراسة قام بها الفريق Nil , Kroll , Kapur , Haull , Del 1995 أن النقص الأيمن من الدماغ للأشخاص المصابين بالتأتأة أثناء الكلام أكثر نشاطاً من الفص الأيسر على عكس معظم الأسوياء والذين يستخدمون الفص الأيسر أثناء الكلام.

كما أكد فريق آخر من العلماء أن مشكلة التأتأة ناتجة عن ضغوطات عائلية وبيئية اجتماعية سيئة حيث أثبت العالم John Morgensterh 1996 أن نسبة التأتأة للأطفال بالعائلات الأقل وعياً بطرق التعامل مع أطفالهم أكبر.

أما بالنسبة للبيئة العربية فقد قام الباحث فادي فهمي صبيح أخصائي النطق والتخاطب بعمل دراسة بالبيئة العربية حول موضوع المشكلة من شريحة متعددة الثقافات شملت 60 عائلة في الأردن والكويت والسعودية وكانت النتيجة كما يلي:

- 40٪ اثبتت أن التأتأة مشكلة نفسية.
- 20٪ اثبتت أن التأتأة ناتجة عن ظروف عائلية.
- 40٪ اثبتت أن التأتأة مشكلة وراثية.

(1 – 24) التدخل العلاجي والتربوي لاضطرابات الطلاقة:

استخدمت عدد من التكنيكات العلاجية لاضطراب التأتأة أو التعلثم بناء على الاتجاهات والنظريات المختلفة التي فسرت أسباب التأتأة ومن هذه الأساليب أسلوب تقليل الحساسية التدريجي والممارسة السلبية وبناء الأنا والعلاج النسبي وإجراءات الأشراط الإجرائي والضبط الإرادي وتعديل نمط التأتأة والعلاج الجراحي والتنويم المغناطيسي، ومع ذلك لا توجد طريقة تبدو أنها فعالة ولكن أكثر إجراءات المعالجة التي لاقت نجاحاً تلك التي اعتمدت على مبادئ التعلم.

ومن الطريق الحديثة أيضاً تنظيم التنفس عند بداية التكلم مع البطء في الكلام وهذه الطريقة تتمتع بنسب نجاح عالية مقارنة بغيرها من الطرق.

بعض الإرشادات والنصائح التي يمكن أن تقدم للمعلمين في حالة طفل يعاني من التأتأة:

1. على المعلم توفير الظروف المناسبة داخل الصف بحيث تكون البيئة الصفية مريحة وخالية من التوتر والضغوطات التي تمكن الطفل من التكلم بعيداً عن الإحساس بالتوتر.
2. على المعلم ألا يعفي الطالب من القراءة أو الإجابة داخل الصف لكي لا يشعره بالإهمال ولكن ممكن أن يوجه إليه أسئلة تتطلب إجابة مختصرة.
3. على المعلم أن يعرف تفضيل الطالب لنوع الأسئلة ليتم سؤاله عنها والظروف المناسبة لطرح الأسئلة.
4. على المعلم أن يجتمع مع الطالب على انفراد ويخبره أنه على معرفة بالصعوبة التي يواجهها وأنه على استعداد لمساعدته للتغلب عليها.
5. يجب على المعلم أن يستمع للطالب بكل صبر ودون استعجال.
6. على المعلم استخدام أسلوب القراءة الجماعية للصف معاً أو لمجموعة كبيرة من الطلبة لأنها تكون مريحة للطالب وتزيل الضغوط التي تعاني منها.

7. على المعلم أن يستخدم أسلوب التعزيز الإيجابي لأي سلوك يظهر على الطالب يبدي فيه طلاقة في الكلام.
8. على المعلم أن يمنع السخرية أو الألقاب التي يمكن أن يطلقها الطلبة داخل الصف وخارجه.
9. أثناء الحديث مع الفرد يجب التركيز على ما يقول وكيف يقول.

(1 – 25) بعض الحقائق حول التأتأة:

- نسبة إصابة الذكور بالتأتأة أعلى منها عند الإناث وتصل إلى 1:3.
- معدل شيوع التأتأة بين الأطفال في سن المدرسة 4٪ أما في المجتمع عامة يصل إلى 1٪.
- الأفراد المصابين بالتأتأة ليسوا أقل ذكاءً من غيرهم بل منهم ذو قدرات ذكائية طبيعية.
- لا توجد علاقة بين التأتأة والأداء الدراسي فمعظمهم متفوقون دراسياً.

(1 – 26) علاج التأتأة:

ليس علاج التأتأة سهلاً ميسوراً، وخاصة في الحالات التي طال إهمالها، فقد تنقلب بعد حقبة من الزمن إلى عادة متأصلة، تلازم الفرد في حديثه، فإذا كان طفلاً صغيراً غلب على أمره فيتعثر ويتلعثم، وتختلف استجابة الآباء والأمهات لهذا التعثر في النطق بالمرحلة الأولى من الطفولة باختلاف ثقافاتهم، فإما إغراق للطفل بالعطف والحنان، يؤدي إلى نتائج عكسية، يفقد معها ثقته بنفسه، أو إلحاح في النقد وإصرار في التصحيح، ومن ثم تغرس فيه مشاعر النقص وإذلال النفس فيندفع إلى الانطواء والوقوف من المجتمع موقفاً سلبياً، وهو في الحالتين هدف للصراع النفسي، فإذا ما ألحق بالمدرسة ووجد بين زملائه في حجرة الدراسة، تفاقمت الحالة بتعرضه لسخرية رفاقه، وإذا كان صانعاً في مصنع أو عاملاً في متجر أو

موظفاً في مكتب، أصبح مضغة في الأفواه وهدفاً للنقد والتجريح من مرؤوسيه ورؤسائه على حد سواء.

ويتضح من ذلك أن العلة في أصلها قد تكون عضوية، غير أنها مع مرور الزمن تحدث مشكلات نفسية لا يستطاع التكهن بمدى تأثيرها عليه في مستقبل أيامه، وهكذا يتفاعل السبب الأصلي مع النتيجة المباشرة، وتتكون من هذا التفاعل حلقة مفرغة تؤثر على حياته.

والطرق العلاجية التي يقدمها الأخصائيون سبيلها ميسور، إذ يستطيع المصاب مباشرتها بنفسه بعد تعويده عليها في جلسات خاصة، وأولى تلك الطرق أن ندربه على التحكم في حركات لسانه في أوضاع مختلفة، داخل الفم وخارجه، ثم نتبع ذلك بتدريبه على نطق حرف السين، ويستعان على ذلك بمرآة توضع أمامه أثناء التدريب حتى يقارن بين ما يقوم به الناس من حركات وما يقوم به هو أثناء نطق الحروف ذاتها، فيتبين له الفرق، ويظل كذلك حتى يتيسر له تحقيق التوافق بين القدرة الحركية والقدرة البصرية، وعندما يشعر بالتقدم تأخذ هذه التمرينات أشكالاً أخرى، فبعد أن كان التدريب لنطق حروف منفصلة، يصبح تدريباً على نطق مقاطع، فكلمات، فجمل. ويحسن ألا تزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح بين 20 و30 دقيقة، وإلا أجهد المصاب.

وبديهي أن العلاج الكلامي عن طريق الإعادة والتكرار والمشاهد والسمع ثم المقارنة، لا يؤتي ثماره إلا بعد إزالة كل تشويه في الأسنان، ومن ثم وجب أن يفحص المصاب أخصائي في الأسنان لإبداء رأيه وإجراء ما يلزم في حدود اختصاصه إذا أريد للعلاج الكلامي النجاح في أقصر مدة ممكنة، ولا شك أن هذا النجاح يتوقف إلى حد كبير على تقديم المساعدة للمصاب كي نقلل من حدة صراعه النفسي وهذا يتطلب أن يسير العلاج النفسي والعلاج الكلامي جنباً إلى جنب.

وهنالك طريقة حديثة تستعمل في تعويد الأطفال على نطق حرف السين تقوم أساسً على وضع أنبوبة زجاجية رفيعة مجوفة، توضع ملاصقة للأسنان في

الوقت الذي تكون فيه الشفتان مفتوحتان، ثم يطلب من المصاب أن ينفخ في هذه الأنبوبة، فيخرج الهواء من بين الفتحة الصغيرة التي بين الأسنان مندفعاً في الأنبوبة، فيخرج الهواء من بين الفتحة الصغيرة التي بين الأسنان مندفعاً في الأنبوبة، فتحدث صفيراً، إن الأساس الصحيح لنطق حرف السين هو أن يكون اللسان في وضع أفقي داخل الفجوة الفمية، وتكون الأسنان العليا والسفلى متطابقة تطابقاً يسمح بمرور تيار بسيط من الهواء من فتحة أمامية.

وإذا تعذر على الطفل أن يتعلم نطق حرف السين بهذه الطريقة يمكن أن نستعين بطريقة أخرى كان يستعملها الدكتور (Froschels فروشلز) ومؤدى هذه الطريقة أن نحضر قطعة من الشمع الجاف وتطرى في ماء ساخن، ثم توضع على الأسنان من الخارج وتقطع فيها فجوة على شكل مثلث أمام الأسنان الأمامية، وبعد أخذ القياس توضع في ماء بارد لتجمد، وتستعمل كأداة للتحكم في عملية إخراج الهواء من الفتحة الأمامية.

(1 – 27) عيوب النطق والكلام:

سنعالج في هذا الفصل عيوب النطق والكلام الشائعة بين تلاميذ وتلميذات المدارس، وسوف نتحدث عن كل عيب منها ذاكرين أسبابه وطرق عجلاه، ويمثل هذا النوع من الانحراف مشكلة كبرى يجب أن توجه لها عناية المسؤولين في وزارة التربية والتعليم عن طريق إنشاء وحدات علاجية كلامية تعمل على انتقاء الأطفال الذين يعانون عجزاً أو اضطراباً في كلامهم، ثم تقوم بعلاج تلك العيوب المنتشرة بين بعض أطفالنا، ولقد سبقتنا بعض الدول في هذا الميدان، فنجد في مدينة لندن ما يقرب من ست عشرة وحدة لمواجهة هذه المشكلة، وإنه ليدهشنا أن نعرف أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية – حسب تقرير مؤتمر البيت الأبيض – حوالي مليون تلميذ وتلميذة بالنسبة لمجموع التلاميذ البالغ عددهم (30 مليوناً) يعانون نقصاً في كلامهم، وأن هذا العدد الكبير يحتاج إلى تجريب علاجي.

(1 – 28) عيوب النطق والكلام الشائعة:

جرت العادة أن تقسم هذه المجموعة من العيوب إلى الأقسام التالية، وقد رأينا أن يكون التقسيم في أساسه قائماً على المظهر الخارجي للعيب الكلامي وليس قائماً على مصدرة العلة، وتتخذ هذه العيوب – حسب هذا التقسيم – أشكالاً مختلفة منها ما يأتي:

أولاً: العيوب الإبدالية[1]:

وهي عيوب تتصل بطريقة نطق أو تقويم الحروف وتشكيلها Articulation ومن أبرز هذه العيوب إبدال حرف (السين) إلى (ثاء)، وهو من أكثر عيوب النطق انتشاراً بين الأطفال، وهذا الإبدال يلاحظ بكثرة فيما بين الخامسة والسابعة، أي في مرحلة إبدال الأسنان، غير أن كثيراً من المصابين في هذه السن يبرؤون من هذه العلة إذا ما تمت عملية إبدال الأسنان، فيعود نطق الحروف الصفيرية إلى ما كانت عليه من الدقة وعدم التردد، وهناك أقلية تلازمها هذه العادة إلى أن تتاح لها فرصة العلاج الكلامي.

وإن من أبرز أسباب الخطأ في نطق حرف السين عن طريق إبدالها بحروف أخرى كالثاء مثلاً، إنما يرجع إلى العوامل الآتية:

1. عدم انتظام الأسنان من ناحية تكوينها الحجمي، كبراً وصغراً، أو من حيث القرب والبعد، أو تطابقها وخاصة في حالة الأضراس الطاحنة والأسنان القاطعة فتجعل تطابقها صعباً، ويعتبر هذا العيب العضوي التكويني على

---

(1) يطلق الأخصائيون الاصطلاح Partial dyslalia على كل كلام يكون في شكله العام واضحاً فيما عدا عيب أو أكثر في طريقة نطق بعض الحروف، ومن هنا نستطيع أن نطلق هذا الاصطلاح على العيوب الإبدالية، كما سنوضحها، أما إذا كان الكلام غير واضح لدرجة تجعل فهمنا له غير ممكن، فإن الأخصائيين يطلقون على هذه الظاهرة الاصطلاح Universal dyslalia وفي الحالات الشديدة من هذا العيب الأخير يطلق الأخصائيون عليه الاصطلاح Idio glossia. L. Stein, Speech and Voice, 2005, P. 139.

اختلاف صوره من أهم العوامل التي تسبب التأتأة (إبدال حرف السين إلى ثاء) في أغلب الحالات التي تعرض على العيادات الكلامية.

2. بيد أنه بجانب هذا، تحدث التأتأة في بعض الحالات، وهي قد تكون نتيجة لعوامل وظيفية بحتة، لا شأن لها بالناحية التركيبية للأسنان، ومن هذه العوامل، التقليد، حيث يظهر من تتبع مثل هذه الحالات، أن هناك بين أفراد الأسرة من يشكون نفس الشكوى.
3. هذا، وهناك عامل ثالث، نفساني، يؤدي إلى التأتأة، في قلة من الحالات، ويطلق على هذا النوع من التأتأة (Neurotic Lisping).

وللتأتأة أشكال عدة منها إبدال حرف السين إلى ثاء، ويعرف هذا النوع من عيوب النطق باسم (Interdentalis Sigmatism) ويلاحظ في هذه الحالات أن سبب العلة، إنما يرجع إلى بروز طرف اللسان خارج الفم، متخذاً طريقه بين الأسنان الأمامية.

وتأخذ عملية الإبدال في حالات أخرى شكلاً آخر، حيث تقلب السين *"شيناً"*، وهذا العيب معروف باسم (Lateral Sigmatism) وسبب العلة في هذا النوع، إنما يرجع إلى تيار الهواء الذي يمر في تجويف ضيق بين اللسان وسقف الحلق في حالة نطق حرف " السين " وهو الوضع الطبيعي لإحداث هذا الصوت، فينتشر تيار الهواء على جانبي اللسان، إما لعدم قدرة الشخص على التحكم في حركات لسانه أو لسبب آخر من الأسباب التي ترجع للناحية التشريحية في تكوين هذا العضو.

وفي طائفة ثالثة من الحالات تبدل السين إما ثاءً أو دالاً، ويطلق على هذا النوع من الإبدال السيني، الاصطلاح المعروف في علم الكلام المرضي باسم (Adentalis Sigmatism)، وفي طائفة رابعة من الحالات يستعين المصاب بالتجاويف الأنفية في محاولة إخراج حرف السين، حيث يقتضي إخراجها على نحو سليم الاستعانة بالشفاه، وهذه الحالة معروفة باسم (Nasal Sigmatism).

ثانياً: الديزليليا الكلية[1]:

وتأخذ العيوب الإبدالية مظهراً آخراً، بمعنى أن الطفل في هذه الحالة لا يقتصر كلامه على إبدال حرف بحرف في الكلمة الواحدة، بل يأخذ الإبدال أكثر من مظهر وأكثر من شكل في نفس الكلمة لدرجة أن الكلمة تصبح عند نطقها غير مفهومة للسامع، ونستطيع أن نوضح ذلك بالمثال التالي:

عندما سئلت طفلة عن اسم أختها قالت (أميلله) تقصد بذلك (كاميليا)، والذي حدث هنا أن حرف الكاف أبدال إلى ألف، وأبدلت الياء إلى هاء.

مثال آخر: سئل طفل ماذا أكلت اليوم يا علي؟ فأجاب (ميكيا)، يقصد بذلك أنه أكل (ملوخية)، حيث نجده قد أبدل الخاء إلى كاف والهاء إلى ياء.

وتعرف هذه الظاهرة – كما قلنا – بالديزليليا الكلية Universal Dyslalia والحالات الشديدة من (الديزليليا الكلية) يكون فيها الكلام مضغماً إضغاماً كاملاً، لدرجة أن المقاطع والمفردات تتداخل مع بعضها، ويحدث أحياناً أن يستعمل الطفل المصاب بهذه الظاهرة مفردات خاصة به ليس لها أي دلالة لغوية، فيستعمل ألفاظاً مضغمة متداخلة بدرجة لا تسمح للسامع بمتابعتها أو معرفة دلالتها، ونستطيع أن نورد هنا بعض الأمثلة لتوضيح ما نقول، وهي مقتبسة من حالة طفل يتردد على العيادة النفسية الملحقة بكلية التربية، ويبلغ من العمر أربع سنوات وستة أشهر:

- رحت جنينة الحيوانات؟
- أيوه.
- شفت إيه هناك؟

(1) فضلنا استعمال اصطلاح الديزليليا رغبة منا في أن يتداول هذا اللفظ بين المشتغلين في هذا المجال، وكلمة Dyslalia مشتقة من الكلمتين dys, badly, with difficuity, laleo, "Ispeak".

- إيه فيه بط تيل وزولوم. ويقصد " هناك بط كثير والفيل أبو زلومة "، ويطلق على هذه الظاهرة Idio Glossia وهي الحالات الشديدة من الديزليليا الكلية.

أسباب الديزليليا الكلية:

إن مصدر العلة في هذه الظاهرة المرضية الكلامية ليس واحداً في كل نوع، فهناك عوامل مختلفة، منها ما يتصل بنقص في القدرة العلقلية أو عيب في الحدة السمعية، ومنها ما يرجع إلى إصابة الطفل بأمراض طال زمن علاجها في الشهور الأولى من حياته، ومنها ما يرجع إلى أسباب نيورولوجية تتصل بإصابة المراكز الكلامية في اللحاء بتلف أو تورم أو التهاب، وتكون هذه الإصابة إما ولادية وإما بسبب المرض أو الحوادث.

وسنتناول كلاً من هذه العوامل المختلفة على حدة، مسترشدين ببعض الحالات التي قمنا بتشخيصها وعلاجها في مراكز عيوب النطق والكلام التي نقوم بالإشراف عليها:

1. **الحالة الأولى: حالة ناجمة عن نقص عقلي:**

إن للنقص العقلي أثره في اكتساب اللغة عند الطفل، وفي مدى قدرته على استعمالها في التعبير، ويتجلى ذلك الأثر في قلة المفردات، وفي أن الأفكار تتصل دائماً بالمحسوسات مع عجز والتواء في طريقة النطق.

وتتفاوت هذه العيوب من حيث الدرجة بالنسبة لحالة المصاب في سلم الضعف العقلي، فهي تظهر في (المورون) بدرجة أقل من الدرجة التي تظهر بها عند الأبله مثلاً.

وسنعرض هنا حالة فتاة في الثانية عشرة من عمرها، وهي تلميذة بالسنة الأولى بمدرسة ابتدائية:

حضرت الفتاة إلى العيادة بصحبة أمها، وقالت الأم: إن ابنتها لا تستطيع أن تتكلم كلاماً مفهوماً منذ صغرها، وإنها قد تأخرت في كلامها كثيراً، إذ تأخرت إلى نهاية السنة الثانية، ثم أردفت قائلة: إن تاريخ الأسرة سلبي من حيث الحالة التي تعانيها هذه الطفلة، وهي وحيدتها ولم تنجب غيرها، وكانت الأم في أثناء الحمل في صحة جيدة، وكانت ولادتها كذلك طبيعية، ورضعت الفتاة من أمها، وتم ظهور الأسنان، وتعلمت المشي وضبط وظيفة التبول في المواعيد المألوفة، ولم تصب بأمراض هامة في طفولتها.

التحقت الفتاة بالمدرسة الابتدائية منذ أربع سنوات، ولم تنتقل إلى الآن من السنة الأولى، ولقد دلت تقارير المدرسة على أنها على درجة كبيرة من الغباء، وورد ضمن هذه التقارير أنها لا تستطيع حل أبسط العمليات مثل (جمع 4 + 3) إلا أنها كانت تستطيع العد إلى عشرة فقط، كما أنها تتعذر عليها التفرقة بين قطع العملة المختلفة وإن كانت تعرف أنها نقود، وهي لا تعرف القراءة أو الكتابة على الرغم من كبر سنها ورسوبها في السنة الأولى ثلاث سنوات.

أجريت عليها اختبارين لقياس قدرتها العقلية، اختبار (بورتيس) وهو اختبار عملي، واختبار (بينيه – سيمون)، وقد كان هنالك تفاوت بين نتائج الاختبارين، إذ كانت نسبة الذكاء التي أظهرها الاختبار الأول (40) بينما سجل الاختبار الثاني (25).

كان عمر الطفلة العقلي – كما دل عليه اختبار " بورتيس" – 4 سنوات، بينما هو حسب اختبار " بينيه " خمس سنوات وثلاثة أشهر في وقت كان عمرها الزمني فيه اثنتي عشرة سنة.

وسنورد هنا بعض إجابات التلميذة عن بعض أسئلة اختبار (بينيه):

استطاعت أن تفرق بين الألوان: الأحمر والأخضر والأسود، كما استطاعت أن تشير إلى أجزاء الوجه (الفم والعين والأذن)، إلا أنها في السؤال الخاص لمعرفة استعمال الأشياء كانت إجابتها تدل على عجز كبير، وإليكم الدليل (القلم بتاع الكتاب، الترابيزة للكباية، الحصان هو الحمار) وكذلك في الأسئلة الخاصة بالفهم (Comprehension) فلم تزد في إجابتها عن كلمة (معرفش).

أما عن سلوك الطفلة فتقرر الأم أن الطفلة لا تستطيع أن تلبس ملابسها بمفردها، وإن كانت تميل إلى النظافة وحسن المظهر، وهي تحب اللعب مع بنات يكبرنها سناً، وكثيراً ما تعتدي عليهن بالضرب، لأنهن يدعونها "العبيطة الخرساء".

وقد دأبت الفتاة منذ ترددها على العيادة على أن تقول لأترابها: " بكرة لما حاتكلم حنعمل فرح كبير ومش حنعزمكم فيه ".

اعترفت الأم بأنها كثيراً ما كانت تعتدي على البنت بالضرب الشديد لاعتقادها أن طريقة كلامها ترجع إلى " الدلع " وليس لها سبب آخر.

تشخيص الحالة من الناحية الكلامية:

نطقت الطفلة الكلمات الأولى (بابا... ماما) في سن سنة، ثم أخذ عدد الكلمات في الازدياد، إلا أن طريقة النطق كانت مشوهة، واستمرت الحال على ذلك إلى أن حولت للعلاج.

في مقدرة الطفلة التعبير (بشكل ما) إلا أنه يصعب فهم ما تقوله، إذ أنها تحذف بعض الكلمات، وتقلب بعض الحروف أو تبدلها، يضاف إلى ذلك تداخل واضح بين الحروف والمقاطع والكلمات في أثناء إخراج الأصوات.

وللطفلة بجانب كل هذا طريقة خاصة في نطق الكثير من الحروف، تبعد كل البعد عن النماذج الصوتية المألوفة، كما أن لها لغة خاصة لا شأن لها بالنماذج الكلامية المعروفة، ولإيضاح تلك الشوائب الكلامية كلها، أذكر الأمثلة التالية:

- إنت في مدرسة إيه؟
- تواهيبه (تقصد الطفلة بهذه الإجابة اسم ناظرة المدرسة، وهي ست وهيبة).
- أبوكي بيشتغل إيه؟
- إحه (تقصد بذلك أن والدها يشتغل في وزارة الصحة).

التشخيص العام للحالة:

تأخر الكلام في هذه الحالة – في رأينا – يرجع إلى تأخر ذكاء الطفلة، فهي من طبقة البلهاء (Imb'eciles)، ومن الخصائص المميزة لهذه الطائفة: عجزة أطفالها من رعاية أنفسهم أو مباشرة مصالحهم الخاصة وهم – مضافاً إلى ذلك – لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم بالتعبير اللغوي التحريري رغم إعطائهم الفرصة والوقت الكافيين لتعلم الكتابة، وهم لا يستطيعون القيام بالعمليات الحسابية البسيطة، وإن كانوا يستطيعون عد الأرقام الأولى، وكل هذه الخصائص تبدو واضحة في هذه الحالة التي نحن بصددها.

2. **الحالة الثانية: طفل مصاب بخلل في القدرة السمعية:**

طفل في الحادية عشرة من عمره حضر للعيادة محولاً من الأسرة، لا يذهب لأي مدرسة، لأن ضعف قدرته السمعية حال دون ذلك، وهذا الطفل هو الأول بين أربعة إخوة ليس فيهم من يشكو صعوبة في كلامه:

عند فحص الطفل تبين أن حالته من حالات تأخر الكلام إذ كانت قدرته على التعبير محدودة جداً، مع بطء والتواء ظاهر في إخراج الحروف والكلمات.

لم يكن سمعه طبيعياً، إذ أنه عندما كان يوجه له الكلام وهو معطٍ ظهره للمختبر – على غير علمٍ منه – كان لا يسمع ما يوجه إليه من عبارات أو أوامر، وعندما يرفع المختبر صوته بشكل غير مألوف كان يدرك أن هناك من يتحدث فيلتفت خلفه، فيعاد السؤال بصوت عالٍ يكاد يسمع خارج الحجرة، وكثيراً ما كان يفهم المفحوص مضمون السؤال فيجيب عنه شفهياً أو كتابة، وعندما أحيل هذا الصبي إلى أخصائي السمع لفحصه قرر أن عصب السمع الأيمن كامل الضمور، وأن العصب الأيسر قد ضمر أكثره، وخلاصة القول إننا نستطيع أن نقرر أن الطفل ثقيل السمع، إلا أنه لم يكن أصم.

كانت ولادة الطفل عسرة، واستعملت الآلات في إخراجه من بطن أمه، وربما كانت هذه العملية هي المسؤولة عن إصابة جهاز سمعه وإحداث ما به من خلل.

تطورت قدراته الحركية تطوراً عادياً، كما ظهرت الأسنان في سن ثمانية أشهر، ولقد ظهر له بروز في رقبته في أثناء بداية التسنين إلا أنه شفي منه باستعماله "وصفة بلدية" وأصيب بالحصبة وهو في العام الثاني من عمره إصابة عادية، وليس في تاريخه ما يفيد أنه أصيب بأمراض هامة وكان بادي الصحة، سليم القلب والرئتين.

تطور الكلام:

نطق الكلمات الأولى (بابا ... ماما) في عامه الثاني، وتقرر الأم أنه كان قبل ذلك دائم الصمت حتى خيل إليهم أنه أبكم، ولم تكن الأصوات والحركات التي تحدث حوله تثير انتباهه، وكثيراً ما كانت تناديه، ولكنه كان لا يرد عليها.

أخذ الكلام يتطور في مستهل عامه الثالث، إلا أن نطقه لم يكن كاملاً، وكان يدغم الكثير من الحروف في أثناء الكلام، ويبدل بعضها.

ومن بين الحروف التي كان يبدلها ما يلي:

- ع يبدلها أ.
- ص يبدلها ط.
- د يبدلها ل.
- ض يبدلها ط.

وكانت حركات لسانه في فجوة الفم في أثناء نطقه لهذه الحروف غير عادية.

يضاف إلى ذلك أن نطقه لبعض الحروف كان غريباً لا يمت بصلة إلى الصوت الذي يدل الحرف عليه، وهذه أمثلة لذلك:

- س (تن).
- د (نال).
- ز (ثن).
- ذ (تال).
- ى (كه).
- ج (كيم).

سلوك الطفل وقدرته على الفهم:

كان نشطاً للغاية، لا يترك وقتاً في العادة دون أن يمضيه إما في الكتابة التي كان يجيدها، أو في تقليب صفحات الكتب التي كانت تعطى له، وكان ذا قدرة فائقة على الرسم والتلوين والأشغال اليدوية ولا سيما عمل نماذج الحيوانات من الصلصال، كما كان يجيد حل الألغاز الميكانيكية وتركيب اللعب الخشبية.

ولقد دل اختبار " بورتيس " على أنه عادي الذكاء، وكان في استطاعته تتبع الحديث وفهم ما يلقى عليه ما دام المتحدث يتكلم بصوت مرتفع، وكل ما هنالك أنه كان يتعذر عليه التعبير بالطريق المعروف، أي أن علته لا تعدو الناحية الحركية الكلامية، ويرجع ذلك إلى النقص العادي في القدرة السمعية التي صاحبته منذ الولادة التي استعملت فيها الآلات، وكانت – كما يخيل إلينا – السبب في ضعف قدرته السمعية.

ولا شك أن هذا النقص في قدرته السمعية منذ ولادته لم يعطه الفرصة الكافية للتمرين الصوتي في مراحل التعبير الأولي، ونقصد بذلك مرحلة " المناغاة " فهي مرحلة هامة من مراحل نمو اللغة، حيث يجد الفرصة للاستفادة مما يدور حوله من أصوات تصدر عن الإنسان أو الحيوان أو الجماد، ولا شك أن مثل هذا التقليد يبعث السرور في نفس الطفل، ويشجعه على تكرار هذه الأصوات، وما هذا التكرار إلا تمرين لأعضاء الكلام عنده، وتمهيد للمراحل التالية من مراحل النمو اللغوي.

3. **الحالة الثالثة: حالة تأخر في الكلام:**

بسبب إصابة الطفل بأمراض طال زمن علاجها في الأشهر الأولى من حياته طفل في الخامسة من عمره حول إلى العيادة من مدرسة المعهد النموذجي بالروضة لأنه كان لا يستطيع التعبير إلا بكلام غير الذي نألفه ونسمعه عادة من الأطفال العاديين في نفس السن، وبفحص الحالة تبين أنها حالة من حالات تأخر الكلام وقد لازمت الطفل منذ صغره:

كان هذا الطفل ثالث إخوة خمسة لا عيب في كلامهم، فقد تطور الكلام لدى كل منهم تطوراً طبيعياً، كانت الولادة طبيعية ورضع من أمه، وبدأ ظهور الأسنان في السن العادية، وقبل أن يتجاوز العام الأول من حياته أصيب بالحصبة، فذهبت به الأم إلى طبيب وصف له دواء نتج عن تناوله أن الطفل فقد صوابه مدة ثلاثة أيام خيل لوالديه خلالها أن الطفل في حالة وفاة، وعندما ذهبت إلى الطبيب

المعالج – وهو في هذه الحالة الخطرة – أمر بمنع إعطاء الدواء، وقرر أن هذه الحالة حصبة شديدة مصحوبة بارتفاع في درجة الحرارة وسرعة في ضربات القلب، واستمر المرض شهرين تقريباً، وترتبت عليه مضاعفات، وعندما شفي من مرضه صار هزيلاً، كما ضعفت مقاومته لظروف البيئة المحيطة به حيث كان يتأثر من الحر الشديد أو البرد الشديد أو التعرض للتيارات الهوائية، يضاف إلى ذلك أن درجة مقاومة جسمه للأمراض قلت، وأصيب وهو في الثالثة بالتهاب رئوي شديد كان له أثر ظاهر في صحته العامة، واتضح ذلك من قياس طوله ووزنه عند حضوره إلى العيادة، فقد كانت المقاييس أقل من المعايير العادية.

ويخيل إلينا أن ارتفاع درجة الحرارة المستمر في أثناء مرضه قد أثر في المراكز الحركية الكلامية باللحاء، وهذا أدى إلى عدم قيامها بوظيفتها على وجه طبيعي بعد شفائه من مرض الحصبة، ولكن التأثير لم يكن قاصراً على الناحية السالفة، بل كانت آثاره واضحة في المراكز الحركية بصفة عامة، وكذلك المراكز الحسية، ودليلنا على ذلك أنه كان كثير النسيان بطيء الفهم، أما حركاته فكانت تتسم بالبلادة وعدم الاتزان.

تطور الكلام:

قررت الأم أن الطفل نطق الكلمة الأولى عندما بلغ من العمر عامين، إلا أنه كان يصرخ ويشاغب – قبل إصابته بالمرض – شأنه في ذلك شأن الأطفال العاديين، وعندما بلغ العام الثالث من عمره كان كلامه بسيطاً جداً، ولم تكن ألفاظه مفهومة، ولم يستطع أحد من أفراد الأسرة – عدا أمه – فهم ما يقول.

ونستطيع أن نوضح ذلك ببعض الأمثلة التي ذكرتها الأم:

- أحمد (اسم أخيه): يالحمة.
- سعاد (اسم أخته): آد.
- فايزة (اسم أخته): بزة.
- كاميليا (اسم أخته): ملة.

ولقد ثبتنا من كلام الأم في أثناء المحادثة الأولى مع الطفل بالعيادة، فقد كان يستطيع فهم ما يوجه إليه من أسئلة، إلا أن إجاباته كانت تدل على قصور في القدرة على الكلام، وإليكم بعض الأمثلة للإيضاح:

- اسمك إيه يا شاطر؟
- أمد (يقصد محمد).
- أكلت إيه في الغدا؟
- كيا (يقصد ملوخية).
- أنت بتحب مدرستك؟
- أبله بقها واوا (يقصد أن فم مدرسته به إصابة).

وهكذا نرى أن الطفل ما زال حتى سن الخامسة يستعمل في حديث العادي في المنزل وفي العيادة نوعاً من الكلام " الطفلي " الذي نقبله من الأطفال في سن عاملين أو دون ذلك، كما أنه يستعمل لغة خاصة تختلف عما تعودنا سماعه من الأطفال العاديين في تلك السن.

ولا شك أن العامل المسؤول عن تأخر الكلام في هذه الحالة هو إصابة الطفل بالحصبة في الأشهر الأولى واستمرارها فترة طويلة غير مألوفة، وما نتج عنها من مضاعفات، مثل ما يحدث في كثير من الحالات التي تصاب بنفس المرض، والنتيجة المنطقية لما حدث لذلك الطفل أن المرض وما صحبه من مضاعفات أثر في قدرته الكلامية، إذ أن المرض لا يتيح للطفل فرصة كافية للتمرين الصوتي في مراحل التعبير الأولى.

كانت قدرات الطفل فيما عدا ذلك عادية أو أقل من العادية، القدرة السمعية ليس فيها نقص واضح، والقدرة العقلية – كما دلت على ذلك اختبارات الذكاء العملية – أقل من المتوسط، إلا أنها لم تصل إلى مرحلة الضعف العقلي، إذ أنه كان يستطيع تنفيذ الأوامر التي توجه إليه، كما كان في مقدوره التمييز بين

الألوان المختلفة، وبناء الأشكال من المكعبات، وتجميع المناظر من أجزاء منفصلة تدل عليها، وذلك بمقارنتها بالأصل، كما كان يكتب الحروف الهجائية مفردة... إلخ.

أما سلوك الطفل فقد ذكرت الأم أنه عصبي المزاج، سريع الغضب، صعب الإرضاء، دائم الاعتراض على أوامر الأم، وهي لذلك تعتدي عليه بالضرب، وفي أثناء حديثها عن ذلك قالت: " أنا لما آجي أضربه أنزل عليه طاخ... طاخ".

وقد كان الطفل عند بدء تردده على العيادة ميالاً إلى الاعتداء على زملائه في حجرة اللعب إلى درجة تبعث القلق، ولكنه بعد انقضاء نحو ثمانية أسابيع بدأ يشترك مع زملائه الأطفال، كما قل اعتداؤه عليهم، بل اتخذ من بينهم أصدقاء كثيرين، وصار يتبادل العطف مع المشرفة، ويتعاون معها.

ثالثاً: عسر الكلام:

وأهم ما يمتاز به هذا العيب هو الخصائص التالية:

1. يكون الكلام فيه ارتعاش وعدم تناسق، كما ينطلق بشيء من الجهد مع نشاط زائد في إخراج هذا الكلام، ويكون مصحوباً كذلك بحركات من بعض أجزاء الجسم.
2. المقاطع تكون منفصلة.
3. التوقيت غير طبيعي بين كل مقطع وآخر، ولذلك يطلق على هذا الكلام Syllalic speech.
4. يكون الكلام كذلك انفجارياً Explosive.
5. طريقة الكلام تكون مملة للسامع.

أسباب هذا العيب الكلامي:

ترجع الأسباب إلى إصابة الأعصاب التي تحمل تيارات Impulses من المخ إلى عضلات الجهاز الكلامي، وهذه الإصابة تكون على شكل التهاب أو تلف، ومن أهم الأعصاب التي تكون مسؤولة عن هذا العيب، هي:

1. العصب الوجهي Facial Nerve، وهو المسؤول عن حركات الشفاه، إن إصابة هذا العصب بالشلل يؤدي إلى إعاقة نطق الحروف الشفوية مثل الميم والياء، كما يؤثر على نطق الحروف المتحركة.
2. Vagus Nerve الذي يتصل بسقف الحلق الرخو والحنجرة، إن أي شلل يصيب هذا العصب يؤدي إلى الظاهرة المرضية المعروفة باسم Dysphonis Dyspho وتعني الكلام بصوت رفيع.
3. Hyop Glossal Nerve وهو المتصل باللسان، وأي إصابة لهذا العصب تؤدي بدورها إلى التأثير على نطق جميع الحروف التي تعتمد على اللسان في إخراجها.

علاج عسر الكلام:

يحتاج هذا العيب من عيوب النطق إلى علاج طبي عصبي، وبعد أن يتم الشفاء للمريض من علته العضوية يمكن إعطاؤه التدريبات المختلفة لتعويده على النطق الصحيح، حتى نستطيع عن طريق هذه التدريبات الكلامية إعادة تعلمه الكلام من جديد.

رابعاً: الخمخمة في الكلام (الخنف):

الخمخمة أو ما يطلق عليه الأخصائيون (Rhinolalia)، وما يسميه العامة من الناس (الخنف)، عيب من عيوب النطق، يستهدف له الأطفال والصغار والبالغون والكبار على حد سواء.

ويتميز هذا العيب عن غيره من العيوب التي تتصل بالنطق، وكذلك عن الاضطرابات الكلامية المعروفة كاللجلجة مثلاً، يتميز بمظاهر خاصة، يسهل حتى على غير الأخصائيين وعلى غير المشتغلين بأمراض النطق إدراكها بمجرد الاستماع إليها، سواء أكان ذلك عن طريق الملاحظة العارضة أم عن طريق الملاحظة المقصودة، ويصبح المصاب – والحالة هذه – هدفاً للنقد والسخرية، فينشأ هياباً قلقاً، قليل الثقة بنفسه، فيفضل الصمت والانزواء، ويهرب من المجتمع إلا إذا اضطرته ظروف الحياة والتعامل، فيقوم بذلك رغماً عنه.

ويجد المصاب بالخمخمة صعوبة في إحداث جميع الأصوات الكلامية، المتحرك منها والساكن[1]، فيخرجهما بطريقة مشوهة غير مألوفة فتبدو الحروف المتحركة مثلاً كأن فيها غنة، أما الحروف الساكنة فتأخذ أشكالاً مختلفة متباينة من الشخير أو (الخنن) أو الإبدال.

وترجع العلة في هذه الحالات إلى وجود فجوة في سقف الحلق منذ ميلاد الطفل تكون في بعض الأحايين شاملة للجزء الرخو والصلب من الحلق معاً، وقد تصل أحياناً إلى الشفاه، أو تشمل أحياناً أخرى الجزء الرخو أو الصلب فحسب.

---

(1) يطلق على هذه الحالة الخنف الزائد (Excessive Nasality)، والاصطلاح العلمي لهذه الظاهرة بالوضع الذي صورناه هو Hyperrhionlalia.

كيف تنشأ الإصابة؟

ترجع الإصابة في الحالات السابقة إلى عوامل ولادية، إذ يتعرض الجنين في الأشهر الأولى من حياته إلى عدم نضج الأنسجة (Tissues) التي يتكون منها نصف الحلق أو الشفاه، فيترتب على ذلك عدم التئامها، وهنا تحدث فجوة (Cleft) في سقف الحلق أو يحدث انشقاق في الشفاه وخاصة الشفة العليا، وتبلغ نسبة الإصابة بهذه العلة نحو طفل واحد في كل ألف طفل(1)، وقد أولت الأمم المتمدنة عناية فائقة للذين يولدون بأمثال هذه العيوب الخلقية فشرعت القوانين التي تقضي بضرورة إجراء عمليات جراحية يقوم بها مختصون في فن جراحة الترقيع (Prosthesis)، وهذه العمليات الجراحية تؤدي إلى التئام هذه الفجوات الخلقية بحيث يصبح بعدها من المتيسر تدريب الطفل على أن يحسن الكلام.

وقد يحدث أن يشب الطفل دون أن تجرى له هذه العملية الجراحية الضرورية ويصبح من العسير إجراؤها بعد أن يكون قد اكتمل نموه، وإذ ذاك يلجأ جراح الفم والأسنان إلى تصميم جهاز يتألف من سدادة أو غطاء من (البلاستيك) تسد الفجوة في سقف الحلق وتيسر على المريض إحداث الأصوات بالشكل الطبيعي، لكن تركيب هذه السدادة لا يمكن صاحبها من إجادة نطق الأصوات، وذلك لأنه يكون قد كون أثناء المرحلة التي تعلم فيها الكلام عادات لنطق الحروف بطريقة معينة، ولهذا فإن الذين يستخدمون هذه السدادات لا يكونون في غنى عن أن يتلقوا تدريباً كلامياً خاصاً.

ونحب أن نشير أن في بعض الأحيان لا تكون الإصابة شديدة كما يحدث في حالة الخنف الزائد (والذي أطلقنا عليه الاصطلاح Hyperrhinolalia) فقد يصاب الأطفال بحالة من الخنف الخفيف يتصل فقط بحروف معينة وخاصة حرف الميم والنون، فينطقان (باء) و (دال)، ويعرف هذا العيب باسم Hyperrhinolalia، وترجع العلة فيه إلى أسباب تتصل أغلبيتها بسقف الحلق الرخو وعدم مرونته في

---

(1) Wendell Johnson: Speech problems of children 2005, P. 118.

الارتفاع والانخفاض بسهولة ليقوم بحجز الهواء الوارد من الـ Pharyrx عن المرور في الفجوة الفمية ليواصل سيره إلى الفجوة الأنفية.

وهناك أسباب أخرى تؤدي إلى الخنف الخفيف ترجع عادة إلى التهاب الجيوب الأنفية، وينتج عن هذا الالتهاب سد فتحات الأنف.

العلاج:

يتبين من دراسة هذا الموضوع كما شخصناه أن الناحية العلاجية تنحصر في الأدوار الآتية:

1. الخطوة العلاجية الأولى، يجب أن توجه إلى الناحية الجراحية لإزالة أي نقص أو سوء تركيب عضوي، وتتفاوت العمليات الجراحية في هذا الشأن من حيث درجة الخطورة، ومبلغ الجهد الذي يبذله الجراح، فهناك حالات لا تتطلب إلا سد فجوة صغيرة في سقف الحلق الصلب، وهناك حالات أخرى تتطلب سد فجوة تشمل سد سقف الحلق الصلب والرخو على السواء.
2. أما في حالة تعذر إجراء العملية الجراحية فيلجأ جراح الأسنان والفم إلى تركيب سدادة من البلاستيك لسد الفجوة بطريقة صناعية.
3. يحتاج المصاب بجانب ذلك إلى تمرينات خاصة لضبط عملية إخراج الهواء ويمكن الاستعانة في هذه الحالة بجهاز صغير يتكون من لوحة صغيرة من الورق المقوى تثبت في وضع أفقي أسفل الشفة السفلى، ويوضع فوقها قليل من ريش الطيور الخفيف، وتوضع لوحة أخرى مماثلة بأسفل الأنف، ثم يطلب من الطفل النفخ، فإذا ما تحرك الريش من فوق اللوحة العليا كان هذا دليلاً على أن الهواء يخرج من أنفه، أما إذا تحرك الريش من فوق اللوحة السفلى، فإن هذا يكون دليلاً على أن الهواء يخرج من فمه، ويجب أن يتعود المصاب على إخراج الهواء من أنفه، لأنه هو المادة الخام التي تتكون منها الحروف المتحركة والساكنة عدا حرفي الميم والنون، والعلة في هذه الحالات هي أن سقف الحلق

الرخو مصاب بشكل لا يسمح له بتأدية وظيفته، فيتسرب الهواء إلى الفجوة الأنفية في الوقت الذي تقتضي طبيعة تكوين الحروف المتحركة وأكثر الحروف الساكنة مروره من فجوة الفم حيث يرتفع سقف الحلق الرخو إلى أعلى ليسد التجويف الأنفي، أما في حالة نطق حرفي الميم والنون فإن هذا العضو يسدل إلى أسفل حتى يصل مع اللهاة إلى الجزء الخلفي من اللسان، وعلى هذا الوضع يخرج الصوت المحتبس بطريق التجويف الأنفي إلى الخارج بدلاً من التجويف الفمي.

4. يضاف إلى ذلك أن المريض يحتاج إلى تمرينات أخرى خاصة بجذب الهواء إلى الداخل، على أن تكون الشفاه في حالة استدارة، وتمرينات التثاؤب تؤدي نفس الغرض الذي تؤديه تمرينات جذب الهواء، فكلاهما يعمل على رفع سقف الحلق الرخو Velum وخفضه، ويمكن في الوقت ذاته تمرين الطفل على أن يحبس أنفاسه فترة يقوم فيها الملاحظ بالعد من واحد إلى اثني عشرة.
5. ويحتاج المصاب إلى تمرينات أخرى خاصة بالنفخ Blowing بوساطة أنابيب أسطوانية زجاجية خاصة، والغرض من هذه التمرينات تعويد المريض على استعمال فمه في دفع الهواء إلى الخارج، لكي يقوي الجزء الرخو من حلقه وينبعث إلى العمل، على أنه يمكن أن تجرى هذه التمرينات على هيئة لعب، كإطفاء عيدان الثقاب المشتعلة، أو نفخ قطع صغيرة من الورق أو القطن المندوف.

وهنالك طريقة أخرى لتحريك سقف الحلق الرخو تكون عن طريق سد أنف الطفل المصاب بالأصابع، ثم نطلب منه أن ينطق في شيء من الضغط والنفخ بعض الحروف مثل (الباء) و (الياء).

6. وهناك إلى جانب ذلك تمرينات تتصل باللسان وتأخذ أشكالاً مختلفة داخل فجوة الفم وخارجها.
7. تمرينات الشفاه تكون على شكل فتحة كاملة حين نطق الألف المفتوحة إلى استدارة يصاحبها بروز في الشفاه عند نطق الألف المضمومة، وتتخذ الشفاه أشكالاً أخرى يختلف بعضها عن بعض عند نطق الحروف المتحركة الأخرى وهي أكثر عدداً في اللغات الأوروبية.
8. أما التمرينات الخاصة بالحلق فتكون أكثر صعوبة من تمرينات اللسان والشفاه غير أنه بالرغم مما يلازم تلك التمرينات من صعوبات تتصل بموقع الحلق من الجهاز الكلامي نفسه فإن بالإمكان تمرين هذا العضو على العمل من أسفل إلى أعلى عن طريق التثاؤب أو النفخ أو جذب الهواء إلى الداخل، أو نطق بعض المقاطع الصوتية، خصوصاً الحروف المتحركة.
9. هذا ويمكن أن تضاف إلى كل ما سبق تمرينات خاصة بالحروف الساكنة، وفي مثل هذا النوع من العلاج الكلامي، تمكن الاستعانة بالمرآة لتتسنى للمصاب معرفة حركات لسانه عند إحداث كل صوت على حدة، وعن طريق التكررا تتحطم أساليب النطق المعيبة، وبالتدريج يكتسب عن طريق الخبرة الجديدة كلاماً سليماً خالياً من كل عيب.

ومن أسهل الحروف الساكنة التي يسهل تدريب المصاب على نطقها حرف الباء، وهو حرف من الحروف الشفوية، ولأجل أن يدرب الطفل المصاب على نطق هذا الحرف نطقاً صحيحاً، يطلب منه أن يغلق شفتيه مدة ثانية أو ثانيتين مع محاولة ضغط الهواء من الداخل ثم يفتح فمه فجأة على شكل انفجار (Eplosion) وفي أثناء ذلك يمكن وضع مرآة صغيرة (كالتي تحفظ في حقائب السيدات) أسفل الأنف، ففي حالة ابتلال هذه المرآة بالبخار يكون هذا دليلاً على أن الهواء يتسرب من أنف الطفل، كما أنه دليل على عدم إجادة نطق حرف الباء، فإذا ظلت المرآة على حالها من الجفاف أثناء التمرين، كان ذلك دليلاً على أن الهواء يتسرب من

التجويف الزوري فالفمي حتى تحجبه الشفتان وهما في حالة تلاصق، ومن ثم نفتح الشفتان فيخرج الهواء منفجراً على شكل حرف باء.

وبعد التأكد من نطق هذا الحرف يدرب الطفل على نطق حرفي (التاء والدال) وهما من مجموعة الحروف السينية، وأساس التدريب على هذه الحروف أن يقوم المدرب بنطق كل حرف على حدة أمام الطفل في شيء من البطء حتى تتيسر له مشاهدة حركة اللسان داخل التجويف الفمي، وموقع هذا العضو أثناء نطق الحرف المطلوب بالنسبة للأسنان وسقف الحلق الصلب.

وبعد ذلك يمكن تدريب المصاب على نطق الحروف الآتية (السين والشين) ويتطلب نطق حرف السين بطريقة طبيعية أن يكون طرف اللسان في وضع بين الأسنان العليا والسفلى، أو خلف حافة الأسنان العليا، بشرط ألا يلمس طرف اللسان الأسنان في أحد الوضعين السابقين، ويختلف الوضع الخاص بحرف (الشين) عن حرف السين في أنه في الوضع الأول تضيق فتحة الشفاه بعكس ما يحدث في حالة نطق حرف السين، وعندما تتحسن حالة المصاب يمكن أن تأخذ هذه التمرينات أشكالاً أخرى، فإنها بعد أن كانت تدريباً على نطق حروف منفصلة، تصبح تمريناً على نطق مقاطع كلمات فجمل، ويحسن ألا تزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح بين 20 و30 دقيقة وإلا جهد المصاب.

خامساً: اللجلجة في الكلام:

اللجلجة عيب كلامي شائع بين الأطفال والكبار، وأسبابها معقدة متشعبة النواحي، ولذلك فهي تحتاج إلى ألوان مختلفة من العلاج وتوجد اللجلجة بنسب مختلفة تختلف باختلاف الأعمار والبيئات، ولقد قام المؤلف بدراسة إحصائية لمعرفة مدى انتشار اللجلجة في بعض المدارس الأولية بمنطقة القاهرة، وذلك عام 1949 – 1950 فاتضح له أن عدد المصابين باللجلجة في مجموعة بلغت " 25195 طفلاً وطفلة منهم 13131 من البنين و12064 من البنات يبلغ 97 من البنين و73 من البنات ومعنى هذا أن النسبة العامة للجلجة هي:

أ. في البنين: حوالي 0.74٪.

ب. في البنات: حوالي 0.77٪.

وعند مقارنة هذه النسبة بمثيلاتها بالخارج، نلاحظ أن التعرض للإصابة باللجلجة في مصر أقل منه في الخارج وإليكم الدليل:

المكان	النسبة
إنجلترا	٪1
أمريكا	٪1
بلجيكا	٪2
الهنود الحمر	لا توجد لجلجة

وليس من السهل تعليل هذا التفاوت والاختلاف بين البيئات المختلفة إلا أننا نستطيع أن نرجع ذلك إلى ظروف الحياة وقسوتها، وما يصاحب ذلك في البلاد الأوروبية والأمريكية مثلاً، من توتر وصراعات انفعالية، بعكس ما هو حادث فعلاً في بلد كمصر، فإن من طبائع سكانها معالجة الأمور في شيء من التبسط واليسر.

هذا وقد اتضح لنا بالإضافة إلى ما سبق أن النسبة العامة للجلجة بين البنين والبنات متقاربة، وقد استرعت هذه النتيجة انتباهنا، حين قارناها بمثيلاتها في البلاد الأوروبية، ذلك لأن نسبة اللجلجة في البنات والبنين تتراوح في تلك البلاد بين 3:1، 9:1، بمعنى أن المتوسط يكاد يكون حالة واحدة في الفتيات، مقابل ست حالات في الفتيان، ويمكن تعليل ذلك التضارب في النتائج بين مصر وغيرها من البلدان بأن البنت تعاني حرماناً أكثر من الولد في الظروف الاجتماعية المصرية التي تغرس في الفتاة الشعور بالنقص والخطيئة، وبأنها غير مرغوب فيها، وليست الحال كذلك في البلاد الأوروبية، فالفتاة هناك تحظى بما يحظى به الفتى من حريات، وقد لا يكون الضغط الاجتماعي عليها أكثر منه على الفتى.

أسباب اللجلجة:

إن النظرية القائلة بأن منشأ اللجلجة تمتد جذوره إلى أصول نفسانية هي أوسع النظريات شيوعاً، فقد اتضح للمؤلف من دراساته الطويلة في هذه الناحية أن الأساس في إصابة المتلجلجين بهذا الاضطراب الكلامي يرجع إلى ما يشعرون به من قلق ومن انعدام الأمن في طفولتهم المبكرة.

وقد كان من الأسباب الرئيسية في تكوين هذه المشاعر في نفوس هؤلاء الأطفال العوامل البيئية التالية:

1. إفراط الأبوين ومغالاتهما في رعاية طفلهما وتدليله، وكان يحسن أن يدرباه على الاستقلال والاعتماد على النفس.
2. محاباة الطفل وإيثاره بالحظوة والتدليل، مما يؤدي إلى حقد رفقائه وإذكاء نيران الغيران في قلوبهم.

3. افتقار الطفل إلى عطف أحد أبويه وإلى رعايته.
4. التعس والشقاء العائلي.
5. تعارض التيارات وتنازع الأهواء في الأسرة.
6. إجبار طفل أعسر على استعمال يده اليمنى في الكتابة.
7. الإخفاق في التحصيل المدرسي.

هذه هي مظاهر انعدام الأمن التي تنشأ عن أسباب خارجية أو موضوعية وهي تؤدي بالتدريج إلى قيام صراعات انفعالية، أو إلى نوع من انعدام الأمن الداخلي لا يلبث أن يستفحل أمره حتى يصير بالتدريج الجانب الغالب في تكوين الناحية النفسية للطفل.

والآن يبرز أمامنا ونحن نبحث في بيان هذا البحث الأمر التالي، وهو المتعلق بكيفية حدوث العرض في هذا النوع من الاضطرابات الانفعالية، حين تمر بالنفس أزمة عصبية شديدة تحاول أن تجد لها منصرفاً فتحيل صورة هذه الثورة إلى عوارض جسمانية، ولكن السؤال ما برح قائماً: لماذا عبرت تلك الشدة العصبية عن نفسها ودللت على وجودها بهذا الأسلوب بالذات، وفي هذه الأعضاء الكلامية بصفة خاصة، في صورة لجلجة؟

إن عيادات رعاية الأطفال غاصة بالأطفال المصابين الذين يشكون اضطرابات واختلالاً في الهضم، وإفراطاً في التبول اللاإرادي، وانحرافاً في السلوك " السرقة والكذب مثلاً " ولكنهم مع هذا كله خلو من هذا الاضطراب الكلامي الذي نحن بصدده.

وينتقل هذا السؤال إلى موضوع اختيار العوارض في الأمراض النفسية العصبية حين يهدد الصراع النفسي الاتزان العقلي، يلجأ العقل فيما يظهر إلى الاحتماء بنوع من التنفيس الانفعالي، وأغلب الظن أن هذه القوى الدافعة – وأعني بها التنفسي الانفعالي – تتجه في هجومها إلى موطن النقص حيث يتاح مركز تنفيس صالح.

فمثلاً في حالة التبول اللاإرادي، نجد أن أي خلل وظيفي أو جسماني يصيب الجهاز البولي، قد يتيح مركز تنفيس صالحاً، والأطفال السارقون أو الكاذبون تكون نقيصتهم بمثابة تعبير عما يخالجهم من رغبة في التماس العوض عما لحقهم من أذى أو إساءة، ففي مثل هاتين الحالتين، يكون " مركز التنفيس " هو الهدف الذي يهدفون إليه بما يصدر عنهم من تصرفات.

وعلى ضوء هذا التعليل يمكن تفسير عارض اللجلجة، فقد تبين من الحالات التي درسناها أن هنالك عللاً جسمانية معينة تساعد على تسليط التنفيس الانفعالي وتركيزه في عضلات الجهاز الكلامي.

ففي إحدى الحالات يمكن عزو " اختيار العارض " — وقد وقع هنا على اللجلجة — إلى ما اضتح من أن المصاب كان ممن يتنفسون من أفواههم وكان لسانه غليظاً غير عادي، مما ينبئ بأن في أعضاء الكلام لديه شيئاً من قلة الانسجام، خليقاً أن يصيب نقطه، ولعل هذين العاملين يفسران اتجاه الاختيار — أي اختيار العارض — هذه الوجهة بالذات، وفي حالة أخرى نجد أن الاضطراب في جهاز تنفس الطفل والصعوبة التي يلاقيها في أداء بعض الأصوات أداءً صحيحاً سليماً، يوحيان بأن في أعضاء جهازه الكلامي شيئاً من عدم التناسق، وقد طوع له هذا كله أن يندفع تنفيسه العاطفي إلى أهون الطرق وأيسرها، وأعني به طريق أعضائه الكلامية المريضة السقيمة، وفي حالة ثالثة كان الطفل مصاباً بتضخم اللوزتين، وبالنظر لما يعتري هذا المرض من ألم الفم والحلق فقد أصبح الطفل عزوفاً عن الكلام عسير النطق وعضلاته الكلامية ضعيفة الانسجام، وكذا في حالة رابعة أصيب الطفل في طفولته المبكرة بلحمية الأنف، فعابت هذه اللحمية كلامه، وجعلته أخن " أخنف " بعض الشيء كما أثرت أيضاً في تنفسه، فهاتان العلتان الجسميتان — أي تضخم اللوزتين ولحمية الأنف — يمكن أن تقوما أساساً لتثبيت العارض.

مظاهر اللجلجة:

تظهر اللجلجة على شكلين مختلفين:

1. حركات ارتعاشية متكررة.
2. تشنج موقفي يكون على شكل احتباس في الكلام يعقبه انفجار، ويتحدث " فروشلز " عن التشنج التوقفي فيقول: إنه يظهر في وضوح وجلاء بعد بداية اللجلجة بنحو سنة، إذ يبذل المتلجلج عند تحريك عضلاته الكلامية جهوداً ومحاولات فتبدو بوادر الضغط على شفتيه وعلى عضلات الجهاز الكلامي وبذلك تحتبس طلاقة لسانه.

وعندما تشتد وطأة اللجلجة على المصاب، تظهر بوادر جديدة تكون على شكل حركات مصاحبة للغرض الأصلي، منها تحريك الكفين أو اليدين، الضغط بالقدمين على الأرض، ارتعاش رموش وجفون العين، إخراج اللسان من الفم، الميل بالرأس إما إلى الخلف أو إلى الجانب... إلخ، ويلجأ المصاب إلى هذه الحركات، لعله يجد فيها معيناً يساعده على التخلص من احتباس الكلام.

علاج اللجلجة:

على ضوء تشخيصنا لهذا الاضطراب الكلامي نستطيع أن نقترح الطريقتين التاليتين في العلاج:

1. العلاج النفسي.
2. العلاج الكلامي.

وقد قصدنا بهما إصلاح شخصيات هؤلاء المصابين بالإضافة إلى إصلاح ما اعوج من كلامها، ولبلوغ هذا القصد المزدوج استخدمنا هذا الأسلوب العلاجي الذي يشتمل على ضروب من العلاج النفسي، مضافاً إليها ما اصطلحنا على تسميته بالعلاج الكلامي، وتهدف أساليب العلاج النفسي إلى الكشف عما يحيط

بالمصاب من فشل وإخفاق، وإلى إماطة اللثام عن الصراعات الانفعالية التي مر بها في السنوات الأولى من الحياة، كما تهدف كذلك إلى إعادة اتزانه الانفعالي وبناء شخصيته.

أما المجموعة الثانية من هذه الأساليب العلاجية " العلاج الكلامي "، فالغرض منها تمكين المتلجلج من استعادة قدرته الكلامية في المواقف المختلفة، والآن يبرز إلى الصدارة سؤال هام:

هل تؤدي إزالة اضطرابات المتلجلج النفسية إلى شفائه دون حاجة إلى علاج كلامي؟

إن الجواب الذي أستخلصه من تحقيقاتي وفحوصي الإكلينيكية القائمة على أساس دراساتي للحالات التي باشرت علاجها، تبين أن مباشرة العلاج النفسي من شأنها أن تلطف من حدة القلق والتوترات الانفعالية ولكن اللجلجة تظل باقية على حالها، باستثناء حالات قليلة تتميز بصغر السن، وثبت كذلك أن العلاج الكلامي لا يكفي لشفاء اللجلجة، فكان بين حالات المجموعة التي توليتها مصابون كان قد بدئ علاجهم بهذه الطريقة فقط، قبل عرضهم علي وتقدموا في طريق النجاح ولكنه كان نجاحاً مؤقتاً، أما اللجلجة فعادت إليهم تحت الأزمات وظلت في مكانها لم تتزحزح.

وإذا كان الأمر كذلك فإنه يبدو أن أهمية العلاج الكلامي بالذات في علاج اللجلجة، إنما هي أهمية ثانوية ما دامت أعراض اللجلجة معتبرة مظاهر خارجية لاضطرابات داخلية، بيد أنه حين تآزر العلاج النفسي بوسائله المتصلة باستقصاء كل ما يمكن استقصاؤه من البواعث الخفية وتحليل تلك البواعث، وسار جنباً إلى جنب مع العلاج الكلامي أمكن بلوغ نتائج علاجية أفضل.

إن تآزراً كهذا بين العلاج النفسي والعلاج الكلامي قد يحقق غرضاً شاملاً يستهدف مبدأين رئيسيين هما: بث روح الاستقرار في نفس المتلجلج، ثم تهذيب

كلامه وتقويمه من جديد، أما الهدف الأول فمنوط إحرازه بأمر واحد هو إزالة ما استبد بالمصاب من أسباب الاضطراب النفسي، وفي هذا يجدي الإيحاء والإقناع وإعادة تعليم الآباء من جديد ليغيروا ما بأنفسهم، وكذلك بث الثقة في نفوس المصابين باللجلجة أنفسهم.

أما الهدف الثاني، فيمكن إدراكه بشتى وسائل العلاج الكلامي مثل الاسترخاء الكلامي وتمرينات الكلام الإيقاعي وطريقة النطق بالمضغ والتدريب السلبي.

ومع ذلك فما برح هناك سؤالان، وإن لم تكن لهما أهمية كبرى إلا أنهما يستلزمان رداً، وهما:

1. أيهما أحق بالتقديم: العلاج الكلامي أم العلاج النفسي؟
2. هل هناك مرجع يرجح إحدى هاتين الوسيلتين على الأخرى؟

أما الإجابة على السؤال الأول فهو أن العلاج النفسي قد يقدم على العلاج الآخر على أمل تخفيف وطأة التوتر والقلق عند المصاب باللجلجة، فما لم ترفع عن كاهل المصاب أعباء معضلاته، وما لم تزح من أمام عينيه ظروف بيئية – وهي حجر عثرة في سبيل شفائه – لكانت نتائج العلاج الكلامي مشكوكاً فيها وفي آثارها.

بل لو أن هذا العلاج الذي لا يتناول إلا العوارض وحدها، أصاب نجاحاً فإنه في الواقع نجاحاً موقوتاً، ما دام العلاج لم يمس العوامل النفسية التي هي علة العلل ومكمن الداء.

أما عن السؤال الثاني فأقول: إن ترجيح طريقة على أخرى إنما هو ترجيح مضلل إذا تعددت الوسائل، ولئن كنت قد آثرت فيما مارست من علاج طريقة على أخرى فليس معنى هذا أن الطريقة التي آثرتها تفضل سواها في علاج كل مصاب باللجلجة.

فقد تبين أن التدريب السلبي أفاد كثيراً في علاج اللجلجة من النوع الاهتزازي، في حين أنه زادت من صعوبة الكلام عند أولئك المتلجلين الذين يشكون من التشنجات التوقفية، وكذلك كان الإقناع أجدى عند الأطفال الكبار منه عند الأطفال الصغار، ومرد ذلك إلى أن المرجع في الإقناع عائد إلى الفطنة والإدراك.

وغني عن البيان أن إخفاق الوسائل السلبية وسبل الإقناع في بعض الأحوال لا يعني بالضرورة ضآلة قيمتها العلاجية أو ينقص من قدرها.

الفصل الثاني

دراسة تحليلية لبعض الحالات

(2 – 1) دراسة تحليلية لبعض الحالات.
(2 – 2) السرعة الزائدة في الكلام.
(2 – 3) إرشاد آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
(2 – 4) مسؤولية أخصائي الإرشاد.
(2 – 5) المقابلة.
(2 – 6) أهمية المقابلة.
(2 – 7) أهداف المقابلة.
(2 – 8) ما هي الأسس التي تقوم عليها المقابلة.
(2 – 9) الإرشاد الجماعي.
(2 – 10) الكوريا Chor.
(2 – 11) أعراض تصاحب الإصابة بالكوريا.
(2 – 12) شلل الأطفال.
(2 – 13) أسباب شلل الأطفال.
(2 – 14) أنواع شلل الأطفال.
(2 – 15) علاج شلل الأطفال.
(2 – 16) الصرع.
(2 – 17) الفرق بين التشنجات الصرعية وغير الصرعية.
(2 – 18) أسباب الصرع.
(2 – 19) الصرع الأكبر والصرع الأصغر.
(2 – 20) الصرع والقدرة العقلية.
(2 – 21) كيف يعالج الصرع.
(2 – 22) التبول اللاإرادي.
(2 – 23) أسباب التبول.
(2 – 24) كيف يمكن القضاء على عادة التبول اللاإرادي.
(2 – 25) مشاكل الأكل.

الفصل الثاني

دراسة تحليلية لبعض الحالات

(2 – 1) دراسة تحليلية لبعض الحالات:

الحالة الأولى:

- طفل في التاسعة وأربعة شهور من عمره، مستوى ذكائه عالٍ، فهو يبلغ من حيث الذكاء بحسب اختبار الإزاحة لألكسندر، مبلغ طفل عمره 12 سنة و10 شهور.
- الشكوى: لجلجة منذ سن مبكرة.
- ترتيبه بين إخوته 2/2 " الأخ الأكبر يكبره في السن بثلاث سنوات ".

ولقد اتضح من فحص الحالة ومن الاختبارات المختلفة ما يلي:

1. طبق الدكتور عبد المنعم المليجي اختبار "الروشاخ" على الحالة، فتبين له أن الطفل يعاني كثيراً من المخاوف التي تزداد عن النوم وأنه شديد الحساسية للإهانة والقلق على مركزه في الأسرة، واتصاله العاطفي بوالدته اتصال وثيق جداً، واعتماده عليها اعتمداً لا يتناسب مع سنه.
2. أما المؤلف فقد أجرى على الحالة اختبار الشخصية " لكارل روجرز " للتعرف على مدى توافقه الاجتماعي والعائلي ودرجة شعوره بالنقص وإغراقه في أحلام اليقظة، فحصل على النتائج الآتية:

أولاً: من حيث الشعور الشخصي بالنقص	12 درجة
ثانياً: من حيث سوء التكيف الاجتماعي	22 درجة
ثالثاً: من حيث سوء التكيف العائلي	14 درجة
رابعاً: من حيث الإغراق في أحلام اليقظة	صفر
المجموع الكلي	**48 درجة**

ويتبين بمقارنة هذه الدرجات بجدول المعايير للاختبار أن شعور الطفل بالنقص شعور عادي لا يزيد أو ينقص عما يتوقع لمن كان في مثل سنه، كما أنه يعاني الكثير من سوء التوافق الاجتماعي " أي من حيث قدرته على أن يتفاعل تفاعلاً طيباً مع غيره من الأفراد خارج الأسرة " فهو قد أحرز 22 درجة في حين أن الطفل العادي السوي في هذه الناحية بالذات يحصل على درجة تتراوح بين 10 – 14، أما من حيث سوء التوافق العائلي فقد بين الاختبار أن الطفل يعاني الشيء الكثير من سوء التوافق العائلي فهو يحس إحساساً لا يخالجه شك في أن أبويه يفضلان أخاه عليه وأنه في المرتبة الثانية من الأهمية في نظر الأسرة، كما بين الاختبار أن الطفل يعاني غيرة شديدة من أخيه في مواقف كثيرة، ولعل خير ما ندلل به على قولنا هذا أنه قد أحرز 14 درجة من درجات سوء التوافق العائلي، في حين يحرز الطفل العادي في هذه الناحية درجة تتراوح بين 7، 10 وأن الطفل الذي يحرز 11 درجة أو أكثر يكون حظه من سوء التوافق العائلي كبيراً.

لكن هذا الاختبار أبان أن الطفل أكثر التصاقاً بالواقع، فهو لا يجنح إلى الخيال إلا قليلاص، ولا يغرق في أحلام اليقظة كما يقد يغرق غيره من الأطفال، إذ هو لم يحرز درجة واحدة من درجات الانحراف في هذه الناحية.

استنتاجات:

اتضح لنا من دراستنا للطفل أن مصدر العلة في هذه الحالة يرجع في أساسه إلى مشكلته مع أخيه الأكبر وإهمال والديه في حل هذه المشكلة، وقد ترتب على ذلك كما ظهر من الاختبارات الإسقاطية شعور الطفل بالقلق على مركزه في الأسرة، فغالى في اتصاله العاطفي بأمه لعله يجد في ذلك سبيلاً إلى عونه والأخذ بيده.

أما عن العامل الاستعدادي الذي حدد ظهور العرض على هذا النحو " لجلجة في الكلام " فيرجع إلى إصابة الطفل بتضخم في اللوز من صغره، إن هذه العلة الجسمية يمكن أن تقوم أساساً لتثبيت العرض.

الحالة الثانية:

هذه حالة لطفلة في الثامنة من عمرها كانت تشكو من اللجلجة في الكلام وقد كان ترتيبها بين إخوتها الأولى بين اثنين، إذ لم يكن لها من الإخوة إلا طفل واحد ذكر، عمره خمسة شهور.

ظلت الطفلة وحيدة مدة تبلغ سبع سنوات كانت فيها موضع تدليل كبير من الوالدين، حتى رزقت الأم بطفل ذكر، فبدأ اهتمامها يتوجه إلى المولود الجديد، وتزعزع مركز الطفلة في الأسرة، وجعلت تشعر أنها لم تعد في المحل الأول وأنها غير مرغوب فيها، ولعل هذا الشعور هو الذي أدى إلى الاضطراب النفسي الذي بدأ على شكل لجلجة في الكلام، وقد تأكد هذا لدينا بعد أن أجرينا اختبار التعرف على الاتجاهات العائلية "الميديا جاكسون".

وقد ذكرت الطفلة بصدد إحدى صور الاختبار:

"كان مرة راجل متزوج واحدة وبعدين خلف بنت، البنت دي كبرت وبعدين الوالدة دي رجعت خلفت تاني، وكانت الأم بترضع البنت الصغيرة وبتلاعبها طبعاً لأنها صغيرة وماكنتش بتلاعب البنت الأولية لأنها كبيرة، وبعدين البنت غارت وكانت عاوزة تقطع في نفسها، وكانت عاوزة كمان تموت أختها الصغيرة".

كذلك كان لسوء العلاقات بين والد الحالة وأمها أثره في تفاقم هذا الاضطراب النفسي المستتر وراء ظاهرة اللجلجة، إذ كانت الأم وحيدة أبويها تنال منهما الشيء الكثير من التدليل، ولم تحقق لها حياتها الزوجية ما كانت تطمح إليه من أحلام.

كل هذا كان له أثره في نفسية الأم فأصبحت عصبية المزاج، برمة بحياتها الزوجية في السنوات الأولى، وقد ساعد تطبيق اختبار تفهم الموضوع على الأم في الكشف عن العوامل التي أدت إلى عدم شعورها بالطمأنينة والرضا، وهكذا كان فهم

المشكلة من ناحية الأم – وكذلك الطفل – عوناً على توجيه الأم إلى أن تغير من اتجاهها نحو الحالة، الأمر الذي أعاد الثقة للطفلة بنفسها، وأزال الأسباب التي كانت تبعث القلق في نفسها، وتشعرها بأنها غير مرغوب فيها، وخصوصاً بعد أن ولد الطفل الثاني للأسرة، وكذلك ساعد العلاج الكلامي على تخفيف حدة اللجلجة.

(2 – 2) السرعة الزائدة في الكلام:

يتميز هذا النوع من العيوب الكلامية بالسرعة الزائدة في عرض الأفكار والتعبير عنها، لدرجة لا تتضح منها بعض الكلمات أو المقاطع، وينتج عن ذلك أن يصبح الكلام مضغوماً لدرجة الخلط، وفي الحالات الشديدة من هذا النوع من الاضطرابات الكلامية يتعذر على المستمع فهم ما يقال، والغريب أن المصاب لا يدرك الطريقة غير المألوفة التي يتحدث بها، إلا أنه إذا ما لفت نظره إلى طريقة كلامه، عادة إليه صوابه وأخذ يتكلم بطريقة طبيعية، إلا أنه سرعان ما يعود إلى أسلوبه المعيب في التعبير.

إن هذا العيب الكلامي لا يقتصر على التعبير الشفهي، بل يظهر كذلك أثناء القراءة، حيث نجد الكلمات تتداخل مع بعضها، كما أن بعض المقاطع تحذف كلية.

الأسباب:

إن المشكلة الأساسية في مثل هذه الحالات ترجع في جوهرها إلى أن الأفكار تتدفق على الذهن بسرعة لدرجة يتعذر معها التنظيم بين الناحية الحسية (الأفكار) وبين الناحية الحركية في العملية الكلامية (النطق وإخراج الحروف)، إن المشكلة في أساسها ترجع إلى عدم التناسق أو التآزر بين الناحية العقلية (Mentantion) في الكلام والناحية اللفظية (Verbalisation).

العلاج:

وتقوم العملية العلاجية في مثل هذه الحالات على الأساس التالي:

- أولاً: تنظيم عملية التفكير لدى المصاب ويمكن تحقيق ذلك بوسائل عدة.
- ثانياً: أن يعرض على المصاب صورة تتضمن سلسلة متتابعة من الحوادث ويطلب منه أن يصف الصورة، متبعاً الترتيب المنطقي للحوادث الواردة في الصورة، على أن يكون الوصف في لغة بسيطة واضحة.
- ثالثاً: يدرب المصاب على هذه الطريقة على النحو التالي: تستعمل قطعة من الورق المقوى تغطي صحيفة الكتاب فيما عدا فتحة صغيرة تسمح برؤية كلمة واحدة من الصحيفة المقروؤة، ينقل القارئ الورقة من كلمة إلى الكلمة التي تليها، على أن يقرأ كل كلمة بصوت مرتفع، بهذه الطريقة يمكن تنظيم عملية القراءة بشكل لا يسمح له بالسرعة، وبالإضافة إلى ذلك فإننا نستطيع أن ندربه على القراءة في وحدات زمنية بطيئة.
- رابعاً: وهناك ناحية نفسية هامة في العلاج، إذ يجب أن يفهم المصاب أهمية العملية الكلامية في نمو الفرد وتقدمه في المجتمع، كل ذلك يجعله يبذل الجهد في العناية بكلامه، ويعتمد بذل الجهد في مثل هذه الحالات على التروي والتأني في نطق الحروف والمقاطع.

(2 – 3) إرشاد آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

ما هي الغاية من إرشاد آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟

كتبت أم أحد الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في إحدى الصحف اليومية، معبرة عن الغاية القصوى التي ينبغي أن يضعها أخصائيو الإرشاد نصب أعينهم حين يقوموا بإرشاد ومساعدة الآباء في تلك الحالات التي تشبه حالتها، فكتبت تقول:

"إن أعظم حاجتنا هي: أن يكون هناك ثمة إرشاداً بنائياً يتم على يد أخصائيين، على أن يغطي هذا الإرشاد مختلف مراحل حياة الطفل، وهذا من شأنه أن يجعل في مقدورنا كآباء أن نجد إجابة لمشكلاتنا الفردية الخاصة بدرجة معقولة ومجدية(1)".

إن هذه النصيحة من الممكن أن تقوم كقاعدة أساسية يستند عليها الأخصائيون فيما يقومون به من إرشاد، ولكن بساطتها المتناهية قد تكون مضللة بالنسبة لنوع المساعدة التي ترى (موراي) أنه ليس من السهل أن نوفرها، وفي الواقع، إنه من الصعب جداً أن نوفر هذه المساعدة، لأن – كما يقرر (سبوك)(2) – إخبار الآباء بأن طفلهم لديه إعاقة أو خلل أياً كان، يعتبر أحد الأمور الأكثر بغضاً وحرجاً بالنسبة للطبيب.

وقد تتدخل مشاعر الأخصائي الخاصة بسهولة في طريق رغبته في إعطاء الآباء المساعدة التي يحتاجونها، ترى (ب. كوهن) أن الأخصائي يجب أن يفحص مشاعره واتجاهاته الخاصة فحصاً أميناً، وأن يكون على بصيرة تامة بها، قبل أن يتوقع أن يقدم أي مساعدة للآخرين، فإخصائي الإرشاد الذي يكون قلقاً وفي صراع بصدد المشكلة التي يحتاج الآباء إلى مساعدة بشأنها، فإنه من المحتمل ألا يكون موضوعياً في مساعدة الآباء على حل المشكلات التي تعترضهم، " إن الأخصائي الذي يستطيع أن يتحكم في ضبط مشاعره وانفعالاته يكون أكثر فعالية في مساعدة الآباء على مواجهة المشكلات التي يسعون إلى الوصول لحل بشأنها، إنه سوف يقف متأهباً ليشاركهم فيما يقوم بتزويدهم بما لديه من معرفة بكيفية مواجهة هذه المشكلات(3).

(1) Murray (Mrs.) Max. Needs of parents of mentally retarted children Amer. J. Ment. Def. 2000, 63 – 100.

(2) Spock, B. On being a parent of a handicapped child. Chicago: Natl. Soc. Crippled child & adults, 1991.

(3) Cohen, Pauline C. The impact of the handicapped child on the family. 1998.

إن الغاية القصوى من خدمات التوجيه والإرشاد هي مساعدة الآباء على أن ينظروا إلى طفلهم وحده ولا يقارنوه بغيره من الأطفال العاديين، وأن يتقبلوا إعاقته على اعتبار أنها حادثة شاء بها الله، وعلى ذلك يجب مساعدة الآباء على أن يروا ظروف ابنهم بوضوح وأن يتخذوا القرارات الضرورية في ضوء الحقيقة، وبهذه الطريقة يمكن مساعدة الطفل غير العادي على أن ينمو إلى أقصى درجة تسمح بها قدراته واستعداداته الخاصة، حتى يستطيع أن يعيش سعيداً وكفرد قادر على الإنتاج والتفاعل مع الآخرين، وهذا — كما يؤكد جنسن — هو الهدف الذي ينبغي أن يوضع في الاعتبار عند القيام بإرشاد آباء الأطفال غير العاديين.

(2 – 4) مسؤولية أخصائي الإرشاد:

هناك أخصائيين مختلفين يكونوا على اتصال بآباء الأطفال غير العاديين، وهؤلاء يتراوحون بين الطبيب الذي يقوم بالتشخيص الأساسي، إلى أخصائي علاج أمراض الكلام، إلى طبيب العلاج البدني، إلى الموجه المهني، إلى المدرس الذي قد يوجد في فصله بعض من هذه الفئة من الأطفال، وللأخصائيين النفسيين والإخصائيين الاجتماعيين وإداريي المدرسة، دور كبير في هذا التوجيه والإرشاد، ولا شك أن هؤلاء الأخصائيين يستطيعون تقديم أفضل توجيه وإرشاد للآباء، ويا حبذا لو كان هناك تعاون بين بعضاً منهم.

ولكن من الصعوبات التي قد تعترض طريق الإرشاد السليم، تمسك أحد الأخصائيين بمجال مهنته، ومحاولته إنكار ما للمجالات الأخرى من أهمية في هذا الصدد، فمثلاً قد يكون الطبيب بالتركيز على النواحي الطبية، والمدرس على التعليم، ويتجنب كل منهما المشكلة التي تواجهها الأسرة عن طريق التركيز على بعض النواحي في مشكلة الطفل فحسب.

ويشير (ساراسون) إلى أنه على الرغم من الحقيقة التي تذهب إلى أن آباء الأطفال غير العاديين قد يعرضون أطفالهم على العديد من الأخصائيين، إلا أنهم

مع ذلك غالباً ما يكونوا على علم ضئيل بطبيعة إعاقة الطفل وما تتطلبه من مستلزمات، ويذهب أبعد من هذا فيقول: "إنه في أكثر من حالة أعرفها، لا يرجع جهل الآباء إلى مقاومتهم للحقائق، ولكن إلى فشل الأخصائي في أن يبصر الوالدين بطبيعة طفلهما!"(1).

إذن، فعلى من تقع مسؤولية تقديم المساعدة؟

ليس من حق أي أخصائي أن يدعي أن عليه وحده مسؤولية إرشاد آباء الأطفال غير العاديين، فكل أخصائي يتصل به الآباء بشأن طفلهم، عليه أن يضع نصب عينيه ضرورة تقديم المساعدة اللازمة للطفل، وبأنه سوف لا يعمل على علاج وتوجيه طفل فحسب، بل سيتناول عمله الطفل ككل وأسرته كذلك، وهذا لا يعني أن كل أخصائي سوف يدخل في علاقة إرشادية، بل إن كلاً منهم سوف يعمل بوحي من ذلك المبدأ الهام الذي يعتبر أساساً لكل العلاقات الشخصية السليمة مع الآخرين، وهو الأمانة.

ومن الأهمية بمكان أن يكون هناك ثمة تنسيق هادف فعال بين ما يقوم به فريق الأخصائيين بصدد مساعدة الأسرة، فعن طريق هذا التنظيم يمكن الوصول إلى علاقة قائمة على تخطيط منظم بين الجهود التي يقومون بها، ويكون هناك فكر مفتوح لكل ما ينصح أو يشير إليه أحد الأخصائيين، وهكذا يمكن الوصول في النهاية إلى أحسن توجيه وإرشاد ممكن قائم على خلاصة ما قام به كل أخصائي اشترك في العمل على خدمة الطفل وأسرته.

ومن ثم ينبغي أن يتصف كل أخصائي بسمات إنسانية معينة كالتقبل، والفهم، والمرونة في معاملة الآخرين، بالإضافة إلى ضرورة أن يتسم بالموضوعية، والثقة، والمعرفة، والدراية، وكذلك بالمهارة الفنية في القيام بالمقابلة Interview.

(1) Sarason, S. B. The psychology of the exceptional child in woods schools, Helping parents understand the exceptional child. Langhorne, Pa, Woods Schools, 1997.

(2 – 5) المقابلة:

إن المبدأ الأول الذي تقوم عليه المقابلة هو الأمانة، والمقابلة هي عبارة عن علاقة ديناميية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، الشخص الأول هو أخصائي التوجيه والإرشاد، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يحاولون الحصول على حل للمشكلة التي يعانون منها، ويحاول الأخصائي أن يقدم خلالها المساعدة الفنية التي يراها ملائمة، سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أو غير مباشرة، موجهة أو غير موجهة، بل إن الأخصائي لا يقتصر عمله في المقابلة التي يقوم بها على مجرد تقديم المساعدة، بل إنه يحاول عن طريقها أن يحقق أهدافاً متعددة.

وبذلك لا تعتبر المقابلة محادثة، لأن المقابلة – كما ذكرنا – هي اتصال مباشر بين شخص يضطلع بعبء المساعدة، وبين شخص أو أشخاص يسعون للحصول على هذه المساعدة، وهذه العلاقة العونية تحدد ما الذي يحدث أثناء المقابلة، فالأخصائي قد يحاول تقديم أو استنتاج معلومات محددة، تلك المعلومات التي يكون الهدف منها تقديم المساعدة اللازمة، وهذه المساعدة قد تكون مادية أو آلية أو مجردة أو تقع في مجال المشاعر والانفعالات، وبهدف المساعدة تطرح الموضوعات الشخصية على بساط المناقشة، وكذلك يدخل في هذا المجال مناقشة المحرمات، وكل ما من شأنه أن يلقي ضوءاً كافياً على المشكلة وجذورها ويفتح الطريق واضحاً أمام أسلوب جديد لمعالجة المشكلة.

ولا شك أن كل هذا إنما يتوقف على مبدأ أساسي هو الأمانة، فقد تعاق عملية تقديم المساعدة، إن لم تصبح مستحيلة، إذا لم يبد الطرفان المشتركان في المقابلة أمانة في كل خطوة من خطواتها، ولذلك ينبغي أن يكون الأخصائي أميناً مع المريض أو العميل ومع نفسه.

ومعنى أن يكون الأخصائي أميناً مع نفسه، أن يتمتع بالنضج الانفعالي والاطمئنان النفسي الذي يجعله واعياً بمشاعره ودوافعه، وعلى بصيرة تامة باستجاباته وسلوكه، وعلى هذا فإن أمانة الشخص مع نفسه هي الوعي بالذات (Self – Awareness) الذي يعتبره (هاملتون)[1] أحد الخصائص التي تميز تلك العلاقة المهنية الفنية التي توجد بين أخصائي الإرشاد وبين الشخص الذي يحتاج إلى مساعدة، عن العلاقة الاجتماعية التقليدية، وهذا أيضاً ما أكده (روجرز 1958) حينما تكلم عن حاجة الأخصائي الذي يقدم المساعدة الفنية إلى أن يكون صادقاً وطبيعياً، وأن تكون أفعاله متفقة مع مشاعره الداخلية.

وفيما يتعلق بالأطفال غير العاديين، نجد أن الأخصائي مطالب بأن يكون على وعي وبصيرة بمشاعره الخاصة تجاه هذه الفئة من الأطفال، حتى يكون موضوعياً في أي موقف يحمل بالنسبة للآباء معنى انفعالياً عميقاً، وفيه تكون لديهم رغبة أكيدة في محاولة الحصول على مساعدة بشأن هذه المواقف.

وقد أشارت (بيك) – حين ناقشت عملية إرشاد آباء الأطفال المتخلفين عقلياً – إلى أن الآباء يميلون إلى إنكار المعلومات غير السارة أو المؤلمة والتي تأتي إليهم من مصادر خفية لا شعورية، وهنا يكون لزاماً على الأخصائي أن يتعرف على الدوافع اللاشعورية وحقيقة المشاعر التي يبديها الآباء نحو طفلهم ونحو الأخصائي وما يقدمه لهم من نصائح وإرشادات، وبهذه الطريقة يستطيع أن يكون صادقاً وموضوعياً في تقديم المساعدة للآخرين[2].

وهكذا فإن الموضوعية التي يجب أن يلتزم بها أخصائي الإرشاد تعتبر أمراً ضرورياً، حتى يكون أميناً مع الناس الذين يأمل أن يساعدهم، وبالتالي فإذا كان التزام الأمانة مع الآباء الأطفال غير العاديين يعتبر أمراً هاماً أثناء المقابلة التي

(1) Hamilton, Gordon, Theory and practice of social case work New York: Columbia Univercity. Press, 2001.

(2) Beck, Helen L. Counseling parents of retarded children, 1999.

فيها يتعرف الآباء لأول مرة على حالة ابنهم، فإنها ضرورية أيضاً خلال المقابلات التالية التي تعقد بغرض مساعدتهم وإرشادهم، إن الأخصائي ينبغي أن يكون أميناً في تشخيصه، وأميناً في مناقشة مصدر العلة لدى الطفل غير العادي، وأميناً في تقديم نصائحه وتوصياته وإرشاداته.

وفي هذا يشير (كانر)(1) إلى أن بعض الأسئلة التي يريد الآباء إجابة عنها أحياناً، قد لا يكون من الحكمة أن يجيب عنها الأخصائي في التو، إلا إذا توفرت لديه كل المعلومات والبيانات الكافية عن الحالة.

وفي إحدى المقالات الرائعة التي كتبها (شيمو) ناقش الحاجة إلى الأمانة والخطر الذي قد ينجم عن ترك مشاعر الأخصائي تفسد تلك العلاقة العونية مع الآباء، يقول (شيمو):

"إن الاتجاهات المضادة لا يجب أن يطلق لها الأخصائي الإكلينيكي العنان في التعبير، وهذه الاتجاهات تتمثل من ناحية الشعور بالأسى، والتوجس خيفة، ومحاولة إخفاء الحقيقة، ومن ناحية أخرى، عدم الصبر، والضيق، ولا شك أنه إذا سمح لنفسه بإظهار هذه المشاعر، فإن عمله لن يكون سليماً وموضوعياً بدرجة كافية، فمثلاً قد يتأثر الأخصائي بموقف الآباء الذي يدعو إلى الشفقة، وبناءً على ذلك فقد يبدو لبعض الأخصائيين أنه ليس من الرأفة بمكان أن يكونوا صرحاء مع الآباء بحقيقة الموقف، ولكن إذا كان موقف الأخصائي في إقناعه قوياً وحازماً، وفي نفس الوقت يسمح للآباء بأن يعبروا عما يجيش في نفوسهم من مشاعر القلق وعدم الارتياح لما أبداه لهم عن حقيقة ابنهم، فإنه بهذه الطريقة يستطيع أن يحصل على رضا الوالدين وتقبلهم لهذا الابن وللإرشادات المختلفة التي وجههم إليها"(2).

(1) Kanner, L. Parents' feelings about retarded children. Amer. J. Ment. Def. 1993, 57, 375 – 383.

(2) Shelmo, S. L. Problems in helping parents of mentally defective and handicapped children. Amer. J. Ment Def. 1999, 59, P. 45.

وفي هذا يلاحظ أن من أكبر الصعوبات التي قد تواجه الأخصائي بشأن إرشاد الآباء هي الإنكار، فإن أحد ميكانزمات الدفاع المعبرة عن القلق لدى الآباء هي قيامهم بإنكار أن طفلهم معوق أو غير عادي، وهنا تكون مهمة الأخصائي العمل على التخفيف من حدة هذا الاتجاه ومواجهتهم بالحقيقة بطريقة حكمية وأمينة.

(2 – 6) أهمية المقابلة:

إن ميكانزمات الدفاع لدى الآباء تميل إلى إخفاء حقيقة الإدراك، حفظاً على تكوين الشخصية، وتكون مهمة الأخصائي الذي يقوم بالمقابلة هي العمل مع أو خلال تلك الدفاعات بدون الإخلال بنظام الشخصية، وبالنسبة لإرشاد آباء الأطفال غير العاديين، يكون الهدف ليس هو إعادة بناء شخصية الوالد، وإنما أن تكون المقابلة موقف يتاح فيه للأب أن يتعلم شيئاً عن نفسه وعن اتجاهاته، وعن العالم الذي يعيش فيه، ويتاح له أيضاً أن يتعلم فيه أساليب تفكيرية جديدة وعادات سلوكية مرغوبة، وبهذا تكون المقابلة مجالاً للتعبير عن الانفعالات والمشاعر والاتجاهات، كما أنها مجال للتعبير عن الآراء والأفكار والمعلومات.

إن العلاقة المهنية الفنية التي تقوم بين أخصائي الإرشاد وبين الأب، تكون مشابهة لتلك العلاقة التي تقوم بين الأخصائي الاجتماعي وبين الآباء، وليست مشابهة لتلك العلاقة التي يعقدها المعالج النفسي، ولكن إذا كان الآباء من ذلك النوع الذي يبدو عليه اضطراباً بالغاً للغاية بدرجة تحتاج إلى العمل على إعادة بناء شخصيته، فإن على أخصائي الإرشاد أن يحيله إلى أحد المعالجين النفسيين.

وفي المقابلات التي تعقد مع آباء الأطفال غير العاديين، تدور عملية الإرشاد حول الطفل وحول ردود أفعال الوالدين نحوه، وتبصيرهم بأفضل وسائل رعايته وتربيته، وإذا روعيت هذه الاعتبارات، فإننا نستطيع أن نقول أن الطفل قد هيئت له الظروف المناسبة لكي ينمو وفق إمكانياته وقدراته.

(2 – 7) أهداف المقابلة:

هناك أهداف عديدة ننشدها من وراء المقابلة التي تعقد مع آباء الأطفال غير العاديين، وتختلف هذه الأهداف باختلاف المراحل التي تمر بها عملية المقابلة، فالمرحلة الأولى من الاتصال بين الأخصائي وبين الأب، هي مرحلة الكشف المبدئي، وفي هذه المرحلة يحتاج الآباء تقريراً أميناً عن عملية التشخيص، وإيضاحاً لتضمناته، وفرصة لتوجيه أسئلة، وأن يبدأ في عمل تخطيطات للمستقبل، وتعتقد (أورباش) أن الآباء يريدون معلومات علمية جديدة ودقيقة، وتعطى في لغة يستطيعون فهمها، وتتضمن هذه المعلومات حالة الطفل وكيف يتصرفون حياله، فهم يريدون معرفة كل شيء عن الجوانب الانفعالية للحالة والطريقة التي بها تؤثر في شخصية الطفل وسلوكه، ومن الناحية العملية، إنهم يريدون أن يسمعوا ما الذي يستطيعون عمله لمساعدة طفلهم للوصول إلى أحسن نمو ممكن وفق قدراته، وإلى أي حد يتوقعون معه أن يصل إليه هذا النمو، " ويقول آخر، إنهم يريدون أن يعرفوا كيف يتصرفون حيال ابنهم في الوقت الحاضر، وما الذي يتوقعونه منه في المستقبل[1] ".

وتحتاج تلك المقابلة التي يقوم الأخصائي فيها بتفسير نتيجة التشخيص للوالدين، إلى إعداد دقيق من جانبه، فينبغي أن يكون على علم تام بما يجب أن يقوله وما هي حقيقة الموقف على وجه الدقة، إن عليه أن يعرف كيف يوصل توصياته ومقترحاته إلى الآباء بطريقة تجعلهم يتقبلونها ويعملون على تنفيذها.

هذا ويجب أن يقدم التشخيص وتفسيره لكلا الوالدين، ولا يكون أبداً في حضرة الطفل بصرف النظر عن كونه صغيراً أو متخلفاً، على أن تهيأ أمام الوالدين فرصة ليتمثلوا هذه المعلومات، ولتوجيه أسئلة، ولمناقشة خططهم.

---

(1) Auerbach, Aline B. What can parents gain from group experience? In child study assoc. Of Amer. Helping parents of handicapped children – Growp approauches. New York: 1999, P.17.

وفي هذه المقابلة لا يجب استعجال الأب، وإنما تنظم بطريقة تسمح بترك فسحة من الوقت للإلمام بكل جوانب الحالة، فالمعروف أن كثيراً من الناس يشعرون أثناء المقابلة بصعوبة في التعبير عن أنفسهم، أو التعبير بوضوح عن مشاعرهم، وفي هذه الحالة ينبغي على أخصائي التوجيه والإرشاد أن يترك الفرصة للأب للتعبير عن نفسه، فلا يستعجله أو يكمل عباراته، وأن يلتزم في أثناء ذلك الصمت، مع إبداء اهتمامه لما يقوله الأب، واستعداده لأن يستمع إليه ولو تطلب ذلك منه مقابلات متعددة، وإذا توقف الأب عن الحديث، فإن هذا التوقف لن يكون طويلاً، ولا يكون هناك ثمة داعٍ لأي علامة يبديها الأخصائي من عدم ارتياحه، فهذه التوقفات تعتبر فرصة للأب لكي يجمع آراؤه، أو أن يستعيد ذكرياته، أو أن يوضح أفكاره.

وعلى ضوء ما نعرفه من ميكانزمات الدفاع التي تستخدم في حماية الشخصية من التهديد، فإننا نستطيع أن نتوقع أن الآباء قد يستجيبون للشخيص بغضب، أو شعور بالذنب، أو إنكار، أو معارضة، وهنا " ينبغي على الأخصائي أن يولي عناية كبيرة بألا يدع الآباء يجعلونه يقول ما يريدون أن يسمعوه ويرغبونه، ولكنه إذا كان مقتنعاً بقيمة ما يقدمه من توصيات، فإنه يجب أن يعبر عنها بكل ثقة ويتمسك بها بكل قوة وإصرار(1).

وليس التشخيص هو الغاية، ولكنه بداية لمسؤولية ممتدة يضطلع بها الأخصائي، فمثلاً في حالات الضعف العقلي على وجه الخصوص، قد يعتقد البعض أن عمل تشخيص دقيق هو الغاية المنشودة من وراء ذلك الاتصال الذي يعقد بين الأخصائي وبين الطفل ووالديه، وهذا – كما يؤكد (بيك) وآخرون – ليس أمراً سليماً على وجه الدقة، وعلى ذلك فإن تفسير نتائج التشخيص وحده يحتاج إلى أن يمتد إلى أكثر من مقابلة طالما أن الآباء في حاجة إلى عملية إقناع وفهم، بل إنه بعد الانتهاء من هذه المرحلة قد يعود الآباء إلى إثارة بضع نقاط يحتاجون إلى توضيح بشأنها، "إلا أنه أحياناً، إذا وجد الآباء أن ما توصل إليه الأخصائي من نتائج بعد

(1) Ross, A. O. The practice of clinical child pasychology. New York: Grune & Straton, 1999. P. 55.

قيامه بالتشخيص ليس أمراً ترتاح إليه نفوسهم، فإنهم قد يلجؤون إلى البحث عن أخصائي آخر يتوقعون منه تقريراً آخر أكثر تجاوباً مع ما يأملونه، ومع أنه ليس من الحكمة دعوتهم لفعل هذا، فإن الأخصائي يجب ألا يعبر صراحة عن استيائه لمثل هذا الإجراء الذي قد يلجأ إليه، ولكن يترك لهم حرية اتخاذ قرار في هذا الشأن".

ويعقب تلك المرحلة المبدئية التي تتضمن تفسير التشخيص، وتوضيح الموقف، وتخطيط العلاج للطفل، مرحلة تالية يحتاج فيها الآباء إلى مساعدة خاصة بكيفية تصرفهم إزاء مشاعرهم وإلى المعاونة في حل المشكلات والصعوبات التي تصادفهم في حياتهم اليومية، وفي هذه المرحلة من الإرشاد قد تمتد إلى فترة غير محدودة، كما قد يضطلع بها نفس الأخصائي الذي قام بالتشخيص المبدئي، أم يضطلع بها غيره.

(2 – 8) ما هي الأسس التي تقوم عليها المقابلة؟

1. الدوافع اللاشعورية:

من الأهمية بمكان قبل أن يأمل الأخصائي أن يعقد أي علاقة مهنية فنية قائمة على استخدام طريقة المقابلة، أن يفهم عدة مبادئ أساسية للسلوك الإنساني، وأحد هذه المبادئ هي الطبيعة اللاشعورية للدوافع الكامنة وراء كثيراً مما يقوله الناس وما يفعلونه، فكل أنماط السلوك يحركها دافع أو أكثر، ولكن هذه الدوافع قد لا تكون واضحة بالنسبة للأخصائي أو بالنسبة للشخص نفسه، ومن ذلك مثلاً أن ميكانزمات الدفاع إنما تصدر عن مستوى لا شعوري، ولذلك فممن الممكن أن تعتبر كسلوك غرضي، وفي هذا نلاحظ أن الأب الذي يلجأ إلى إنكار ما لدى الطفل من إعاقات أو طبيعة غير عادية، أو يعترض على النصائح والإرشادات التي يقدمها الأخصائي، مثل هذا الأب في الواقع يكون مدفوعاً إلى ذلك نتيجة توقعات معينة

كان ينتظرها من هذا الطفل، أو كان يعلق عليه آمالاً كباراً، وعلى ذلك يلجأ الأب إلى هذا الميكانزم الدفاعي كأسلوب وقائي ضد مشاعر القلق.

وهنا ينبغي على الأخصائي أن يوقف الأب على حقيقة الموقف: ابنه وطبيعته، وحيقة مشاعر الأب، وكيف يتقبل ابنه، وأن يلتزم بالإرشادات والتوجيهات التي يقدمها له، وبهذه الطريقة يتجنب الأخصائي أي تفاعل مع الأب على مستوى غير واقعي، وإذا كان الآباء في حياتهم اليومية وفي علاقاتهم العديدة مع أفراد المجتمع، يسمعون آراء متضاربة بشأن ابنهم، فإن على الأخصائي أن يبعد عن المقابلة كل هذه التأثيرات الخارجية، وبذلك يجعل الأب في وضع أفضل لتقبل كل مساعدة يقدمها له الأخصائي، وتضمن هذه الطريقة كذلك أن تبعد عن المقابلة اتخاذها صفة المحادثة، وتتيح مزيداً من التفاعل الهادف بين الأخصائي والأب، ومزيداً من الفهم للأب ولحقيقة اتجاهاته ومشاعره وسلوكه.

وكما أن كل سلوك ينبع من دوافع شعورية ولا شعورية، فإن كل خبرة لها كذلك صفات موضوعية وأخرى ذاتية، وطالما أن هدف الأخصائي هو تقديم المساعدة الفعالة للآباء، فإنه ينبغي أن يعمل على استنتاج الحقائق الواقعية التي تبصره بحقيقة اتجاه الآباء نحو طفلهم المعوق.

2. التناقض الوجداني

كثيراً ما يصادف الأخصائيون أمثلة عديدة لهذا التناقض أثناء المقابلات، فهناك بعض آباء يريدون مساعدة جدية، ولكنهم غير قادرين على طلبها، والآباء الذين يطلبون النصيحة ولكنهم لا يتبعونها حينما تعطى لهم، وهناك نمط آخر من الآباء الذين يوافقون على خطط معينة ولكنهم لا ينفذونها، والآباء الذين يخبروننا بشيء ما ولكن سلوكهم يوضح عكس ما يقولونه[1].

---

(1) Garratt, Annette. Interveiwing; its principles and methods. New York, 2001.

ولا شك أن الكشف عن الدوافع اللاشعورية في أمثلة هذه الحالات، يساعدنا على الوقوف على حقيقة هذا التناقض في حياتهم النفسية، فكل ما يقوله الآباء ويفعلونه قد تحركه حاجات ودوافع لا شعورية تنعكس فيما يبدو من تناقض وجداني، وإذا كان الأخصائي واعياً بهذه الدلالات، فإنها تعينه في مساعدة الآباء على حل هذا التناقض.

3. التقبل:

من الأسس الهامة في تلك العلاقة المهنية الفنية التي تهدف إلى تقديم مساعدة للآباء، هي ما يبديه الأخصائي من تقبل الاتجاهات وانفعالات ومشاعر الأب، فكثيراً ما يعبر الأب في أثناء المقابلة عن اتجاهاته أو انفعالاته نحو نفسه أو نحو الآخرين ونحو ابنه غير العادي، وفي بعض الأحيان تكون هذه الاتجاهات والانفعالات غير مقبولة من وجهة نظر الأخصائي، وهنا ينبغي على الموجه أن يتقبل هذا التعبير عن اتجاهات وانفعالات الأب، وليس معنى هذا أن يوافقه عليها، ولكن معناه أن يدرك هذه الاتجاهات والانفعالات ويقدرها، وأنه لا يتأثر بها في نظرته إلى الأب، فلا يقلل هذا التعبير من احترامه وتقديره له، وعلى سبيل المثال يلاحظ أن بعض الآباء يعامل طفله بطريقة تكون متناقضة مع القيم التي يؤمن بها أخصائي الإرشاد، فقد يكون الأب من النوع الذي يميل إلى أن يوقع العقاب والأذى بالطفل، أو يتبع سياسة النبذ والإهمال، أو يتطلب منه أشياء أكبر من أن تتحملها طاقته، أو يقوم بفرض الحماية الزائدة على الطفل أو غير ذلك من الأساليب غير المرغوبة، وهنا نجد أن الأخصائي إذا قام بتوقيع اللوم والإدانة على هذه الاتجاهات الوالدية، فإنه سوف لا يكون قادراً على أن يقف موقف الشخص الذي يستطيع تقديم مساعدة مجدية فعالة، لأن الآباء في هذه الحالة سوف يقفون موقف المدافع، أو يستجيبون

للنقد بعداء مضاد، ولا شك أن مثل هذا الجو من شأنه أن يؤدي إلى عرقلة سير العملية الإرشادية(1).

وهناك أمثلة عديدة لمبدأ التقبل، فإذا أوضح الوالد أنه يريد أن صح ابنه في إحدى المؤسسات الخاصة بالأطفال غير العاديين، وفي نفس الوقت يعتبر الأخصائي أن هذا الإجراء سابق لأوانه وأنه ليس إجراءً حكيماً، فإنه لا يستطيع أن يؤيد هذا في تقبل خاطئ ولا يستطيع أن يعارضه بطريقة جازمة، ولكن بديلاً عن ذلك، فإنه يشير إلى أن الوالدين يريدان في الواقع التخلص من الطفل، ويتعجب لماذا يتخذان تلك المشاعر والاتجاهات السلبية نحو طفلهما، ولا شك أن هذا الأسلوب من شأنه أن يتيح الفرص لإظهار المشاعر الكامنة عن الغضب، والخزي، أو الخيبة، والتي يستطيع الأخصائي أن يتناولها بحكمة ويوجهها الوجهة التي تتفق مع ما يبغيه للفطل من أحسن رعاية ممكنة.

فالتقبل إذن لا يعني الصفح عن السلوك غير المرغوب، ولكن أن نفهمه في ضوء فهم المشاعر التي تجد تعبيراً لها عن طريق ذلك السلوك، وهذا الفهم يعني أيضاً أكثر من الكلمة التي تقال، إنه يتضمن الناحية العقلية، وفهم الحالة الانفعالية عن طريق التسرب الانفعالي من الشخص الذي ينشد المساعدة.

ويساعده على أن يدون ملاحظاته عن ذلك المستوى، فإذا لم يقف الأخصائي على نوع اللغة وحتى الألفاظ التي يحتمل أن يفهمها الأب، ونمط الاقتراحات والتوصيات التي يكون مستعداً لتقبلها، فقد تضيع ساعات عديدة من المقابلات سدى، وبالتالي فإن نقص الاتصال، قد يؤدي إلى جعل المحاولات التي قد يبذلها الأخصائي من أجل تقديم المساعدة لا تأتي بنتيجة مرجوة.

وفيما يتعلق بالدخول مع آباء الأطفال غير العاديين في علاقة مهمة إرشادية، فإنه من الضروري تقديم اقتراحات واقعية وعمل توصيات بخطط تتعلق

(1) Thoren, F. C. & Andrews, J. S. Unworthy parental lattivdes toward mental defectives. Amer. J. Ment. Def. 1996, 50, 411 – 418.

بالطفل المعوق. ومهما كانت أهمية الخطة المقترحة بشأن الطفل غير العادي، فيجب أن يوضع في الاعتبار أن الوالدين هما اللذان سيقومان بتنفيذها، فإذا وقفت مشاعر الذنب، والصراع، والاضطراب في طريق العملية الإرشادية، فإن هذه الخطة يكون مآلها إلى الفشل، وعلى هذا، فإنه ينبغي أولاً معالجة أو تخفيف تلك الحواجز التي تبدو في مشاعر الآباء وما يعتمل في نفوسهم من دوافع لا شعورية، حتى يكونوا على استعداد لتقبل الخطة، ولن يستطيع الأخصائي أن يتوصل إلى ذلك الاستعداد ما لم يعمل على إتاحة الفرص للآباء في التحدث، ولنفسه فرصة الإصغاء.

ويلاحظ أن عملية التردد على أكثر من أخصائي "Shopping Around" وهي ظاهرة شائعة لدى آباء الأطفال غير العاديين – إنما توحي بحقيقة مؤداها أنهم لم يتلقوا المساعدة التي يحتاجون إليها وبالطريقة التي يستطيعون استخدامها.

فقد وجد (شيمو) – نتيجة عمله مع آباء الأطفال غير العاديين – "من أنه قد أصبح واضحاً بدرجة كبيرة أن مجرد ما يقدمه الدكتور من تشخيص وتوصية إكلينيكية، ليس كافياً، وربما ليس هو حقيقة ما يبحث عن الوالدان، فالنصائح والاقتراحات قد تبدو أنها غير مجدية، ومن الناحية اللاشعورية يكون من المستحيل على الآباء أن يتقبلوها وأن يجدوا فيها نفعاً كبيراً، وعلى ذلك، ففي أي محاولة لمساعدة هؤلاء الآباء، فإنه لزاماً على الدكتور أن يصبح واعياً بالاتجاهات المتصارعة لدى الآباء نحو ذلك الطفل، ويمثل إنكار الآباء لإعاقة الطفل عنصراً هاماً في ميكانزم الدفاع الذي يبديه الآباء، وأمراً ضرورياً لصيانة احترام الذات، ولا شك أن كل هذه الاعتبارات ينبغي أن يقف عليها الأخصائي حين يقوم بعملية الإرشاد اللازمة.

كذلك أوضح (شيمو) ما لحاجة الأخصائي إلى الإنصات من أهمية، وذلك حين ناقش تلك العلاقة التي تقوم بين الطبيب والآباء، ومع أن الطبيب ليس من الضروري أن يكون هو الأخصائي الوحيد الذي يقدم تلك المساعدة للآباء، إلا أن الفقرات التالية التي نقتبسها منه تعتبر عرضاً رائعاً لأهمية الإصغاء:

"ينبغي أن نتأكد من أن الآباء يعرفون أن طفلهم معوق، وأن قلقهم إنما يعبر عن صراع خارجي، وأن هذا القلق سوف يقلل من إمكانية تقديم المساعدة اللازمة، ويستطيع الطبيب أن يوفي بمسؤوليته الطبية حينما يصدر تشخيصه الإكلينيكي عن الطفل من الناحية العقلية والجسمية، ويقدر الصعوبات المحتملة في المستقبل، ويوصي بذلك الحمل الذي يجب أن يضطلع به الآباء نحوه، إنه يصبح طبيباً بكل ما تحمله هذه الكلمة من معنى، حينما يعرف ويحترم حق الآباء في تقرير ما يريدون أن يفعلونه، ويكشف عن مشاعرهم وعما قد يوجد لديهم من تناقض وجداني وصراع، وهذا يتضمن أن يكون الطبيب مستعداً لتقبل أي قرارات يبديها الوالدان، ولكن ما يتيحه من مناقشة للصعوبات التي قد تعترض طريق الوصول إلى قرار حكيم يصبح بداية للوصول إلى حل ممكن لهذا الصراع، وعلى ذلك، فإذا تركزت جهود الطبيب ووجهت ليس فقط نحو الوصول إلى اتخاذ قرار، ولكن أكثر من ذلك نحو محاولة حل الصراع والتخفيف من حدة القلق، فإنه بذلك يستطيع أن يحرر الآباء من المشاعر التي تقف في طريق الوصول إلى قرار حكيم".

إن التأكيد على الإصغاء كأساس للمقابلة الناجحة قد يوحي بأن يكون الأخصائي صامتاً أو سلبي الاستجابة، وبالطبع، ليس هذا هو المقصود بالإصغاء، فقد يصحب الإصغاء تعليقات مختصرة، وأسئلة مصاحبة، أو حتى إيماءة من الرأس للتشجيع على إبراز مزيد من التفاصيل والمعلومات، ولكن يجب ألا تتخذ هذه التعليقات صفة الآلية، بل يجب أن تقوم على قصد واعٍ للوصول إلى مزيد من التفاصيل الهامة، وهنا أيضاً يجب أن يتصف سلوك الأخصائي بالأمانة التامة، فمثلاً يجب ألا يقول: "إني فاهم"، في حين أنه في الحقيقة لا يكون فاهماً، فإذا لم

يفهم الأخصائي نقطة ما، فإن عليه أن يطلب مزيداً من الإيضاح والتفسير لها، وهذا من شأنه أن يزيد فهمه وبصيرته، وكذلك يوضح للوالدين أنه يهتم بكل ما يقولونه.

إن الأخصائي المدرب الكفء يعرف متى يكون صامتاً ومتى يكون نشطاً بشرط ألا يبدو أن هناك ثمة قلق وعدم ارتياح من الوالدين، ولا غرو، فقد قال أحد الأئمة في العلاج النفسي: "إن فن العلاج النفسي هو فن الاستماع الجيد".

4. الأسئلة:

إن الأسئلة التي يوجهها الأخصائي تكون نافعة للغاية، حيث أنها تساعد الوالدين على الإفصاح عن مشاعرهم، ويذكر (جاريت) أن الأخصائي يحقق، من وراء توجيه الأسئلة أحد الهدفين التاليين أو كلاهما: الحصول على معلومات دقيقة وافية، أو توجيه المقابلة من اتجاه عقيم إلى آخر مفيد، ولما كان الهدف الأساسي من وراء عملية الإرشاد هو مساعدة الآباء على الإفصاح عن مشاعرهم، فإن الأسئلة يجب أن تصاغ بطريقة بحيث لا يجاب عنها إجابة مقتضبة "بنعم" أو "لا"، وعلى ذلك فإن أفضل أنواع الأسئلة التي توجه في المقابلة هي الأسئلة الإيحائية Ieeding questions التي تتيح المجال للإفصاح عن مكنون مشاعر الفرد، وفي نفس الوقت يجب ألا يتضمن السؤال إجابة صحيحة، ويفضل البعض أن يكون السؤال الإيحائي من ذلك النمط غير المباشر، وعلى سبيل المثال، إذا أراد الأخصائي أن يسأل عن مستوى أداء الطفل بالمدرسة، فإنه من الأفضل أن يقول: " كيف حاله في المدرسة؟ عن أن يقول: هل هو يحصل على درجات عالية؟ ".

إن الأخصائي يجب أن يلتزم بالأمانة حينما يوجه أسئلة إلى الآباء وحينما يجيب على أي سؤال يوجهه الأب، ولما كان الآباء يعتقدون أن الأخصائي هو مصدر المعرفة والمعلومات فيما يتعلق بمشكلة ابنهم، فإن هذا من الطبيعي أن يؤدي بهم إلى توجيه أسئلة عديدة له، وتكون مسؤوليته في هذه الحالة أن يجيب على هذه الأسئلة،

وفي نفس الوقت يحاول أن يقف على معنى هذه الأسئلة والغرض الذي يكمن وراءها، ولكن إذا كان السؤال الذي يوجهه الأب ليس في مقدور الأخصائي أن يجيب عنه لأنه لا يقع في مجال اختصاصه، فإن عليه في هذه الحالة أن يعترف بأنه لا يستطيع الإجابة عنه، أو أن يحيله إلى الأخصائي الذي يستطيع أن يزوده بالإجابة الصحيحة.

ويلاحظ أحياناً أن هناك ثمة أسئلة شخصية يوجهها الآباء، وبينما يكون من الواجب على الأخصائي أن يجيب عن هذه الأسئلة بصراحة وأمانة، فإنه في نفس الوقت ينبغي أن يحاول التعرف على الأسباب الكامنة وراء هذا السؤال، ولكن يجب ألا يستطرد في مثل هذه الأسئلة، بل أن يتحول بسرعة إلى المشكلة الأساسية وهي الطفل وإرشاد الأب، فمثلاً الأب الذي يسأل الأخصائي: "هل عندك أولاد" فإن سؤاله في الحقيقة قد يوحي بالصيغة التالية: " هل تستطيع أن تفهم مشكلتي على وجه الحقيقة؟"، بل إن بعض آباء الأطفال المعوقين قد يتعجبون من أنه ليس هناك أحد لديه نفس الخبرة في حياته الخاصة، وعلى ذلك فإنهم قد يعتقدون أنه لن يوجد من يفهمهم ويفهم مشكلتهم، وهنا يجب أن يؤكد الأخصائي بأنه على الرغم من أنه ليس لديه نفس الخبرة في حياته الخاصة، إلا أنه يستطيع أن يرشده ويوجهه بطريقة سليمة.

5. التفسير:

إن تلك العلاقة المهنية الفنية التي تقوم بين الأخصائي وبين الآباء، إنما هي سلسلة متصلة من تكوين الفروض واختبار صحة هذه الفروض، وعلى ذلك، فمنذ بداية الجلسة الأولى سوف يحاول الأخصائي أن يفهم الأب ومشكلاته، ويقوم هذا الفهم – من الناحية المبدئية – على أساس مفاهيم نظرية وخبرات كونها في حياته المهنية، وحينما يتأكد الأخصائي من أن فروضه قد ثبت صحتها أو يقوم بتعديل ما فيها من نقاط لم تكن تتفق مع ما كان يتوقعه، فإنه في هذه الحالة يجب ألا يقدم أي تفسير عن الحالة إلى الأب إلا إذا كان متأكداً من أن التفسير

سوف يكون مجدياً في مساعدة الطفل على الوصول إلى أحسن درجة من النمو تتفق مع إمكانياته وقدراته.

ومن المهام الضرورية التي يضطلع بها الأخصائي أن يقوم بتفسير سلوك واتجاهات الأب، ولكننا لا ننصح بأن يقوم بتقديم تلك التفسيرات إلى الأب، ذلك أنه في مثل هذه الحالات، قد تظهر ميكانزمات الدفاع لدى الأب، أو قد تثار لديه مشاعر القلق إلى الدرجة التي لا يستطيع معها أن يعاود الاتصال بالأخصائي في جلسة أخرى.

وبينما لا ينبغي على الأخصائي أن يوصل تفسيراته إلى الأب، فإن التفسيرات التي كونها لنفسه ينبغي أن تكون عاملاً مساعداً في تمكينه من توجيه الأب نحو التعرف اللازم لمشاعره ودوافعه، وفي الواقع إن جو الأمانة والصراحة من شأنه أن يخفف من حدة ميكانزمات الدفاع ومشاعر القلق لدى الآباء، ويؤدي إلى فهم أحسن للطفل وللاتجاهات الوالدية نحوه.

وعلى سبيل المثال إذا أنكر أحد الآباء شدة الإعاقة التي يعاني منها الطفل، فإن على الأخصائي أن يواجه الوالدين بتقرير صادق عن الحقيقة.

وهكذا فإن الفهم الواع للديناميات الكامنة وراء ميكانزم الدفاع، من شأنه أن يساعد الأخصائي على تبصير الوالدين بطبيعة الإعاقة التي يعاني منها الطفل وتوجيههم نحو تقبله والاقتناع بالإرشادات والتوصيات التي يشير إليها الأخصائي.

ولا شك أن كل هذه المبادئ التي تقوم عليها المقابلة الناجحة، من شأنها أن تساعد على الوصول إلى أحسن علاقة إرشادية ممكنة، قائمة على فهم جيد للطفل غير العادي، ومصدر علته، وإمكانياته وقدراته، وما يرجى له في المستقبل، وكيف تكون الاتجاهات الوالدية نحو هذا الطفل حتى يمكن توفير أفضل الأجواء الصالحة لنموه إلى أقصى درجة تسمح بها إمكانياته وقدراته.

(2 – 9) الإرشاد الجماعي:

قد يتم إرشاد الآباء في جلسات فردية، أو جماعية، حيث يكون هناك عدد من الآباء لديهم نفس المشكلات، وكما هو الحال في الإرشاد الفردي، فإن الإرشاد الجماعي لا يختلف كثيراً عن العلاج الجماعي، والهدف من الإرشاد الجماعي هو إعطاء الأب الفرد سنداً انفعالياً عن طريق الجماعة، ومساعدته في مواجهة المشكلات التي يواجهها.

وثمة حقيقة يجب مراعاتها، وهي ألا تلجأ إلى استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي إلا حين نعتقد أنه أفضل وسيلة لمساعدة الأب، فبعض آباء الأطفال غير العاديين قد ينالون فائدة كبيرة من وراء جلسات الإرشاد الفردي، في حين أن آخرين يحصلون على نفس هذه الفائدة من وراء جلسات الإرشاد الجماعي.

وتشير (بيك)(1) إلى أن الجلسات الجماعية ليست أكثر اقتصادية من حيث الوقت أو الجهد الذي يبذله الأخصائي، ولكن اقتصاديتها تقع في الحقيقة في أنها إذا كانت الشكل الأكثر ملائمة للإرشاد، فإنها تصبح أكثر الأساليب فعالية، ولذلك فإن من مهام الأخصائي أن يقرر أي نمط من الإرشاد – فردياً كان أم جماعياً – هو الأكثر ملائمة للأب أو لمجموعة الآباء الذين يحتاجون إلى مساعدة إرشادية.

وتصف (بيك) أنماط الآباء الذين يمكن إرشادهم بالطريقة الجماعية، فمنهم أولئك الآباء الناضجون والمستقرون انفعالياً، ولكنهم يعانون اضطراباً في اتجاههم نحو ابنهم غير العادي، ومنهم أولئك الآباء الذين تكون عليهم مشكلتهم ويتعقلوا موقفهم، إذا وجدا أن هناك بعض الآباء الذين يعانون من مشكلات مشابهة، على حين أنه قد يكون هناك نمط ثالث من الآباء الذين يمكن أن يستفيدوا من العمليات الجماعية في الإرشاد، لأن لديهم مشاعر عدوانية كامنة، وأخيراً قد

---

(1) Beck, Helen L. Counseling parents of related children. Children, 1999. 225 – 230.

يكون التقمص الجماعي والتأييد الجماعي عاملاً مساعداً لبعض الآباء على تكوين اتجاهات إيجابية بناءة نحو ابنهم غير العادي.

ومن ناحية أخرى، فإن هناك نمط من الآباء الذين لا يمكنهم الاستفادة من أساليب الإرشاد الجماعي، إنهم تلك الشخصيات التي تميل إلى أن تقف كحجر عثرة في سبيل تقدم أي عملية جماعية، أو أولئك الآباء الذين لديهم حاجات أو مشكلات فردية صارخة لا يمكن معالجتها إلا عن طريق المقابلات الفردية التي تكون وجهاً لوجه.

وتذكر (بيك) حالة الأم التي كانت غير قادرة على الاستفادة بدرجة كافية من الإرشاد الفردي، لأنها قامت بتغطية مشاعرها العدوانية العنيفة وراء قناع الخنوع والاستسلام الذي اتخذته كاتجاه بديل لإخفاء الاتجاها لأول، ولكن حالما اشتركت هذه السيدة في موقف للإرشاد الجماعي، فإنها سرعان ما أبدت ميلاً نحو إظهار حب السيطرة والقيادة، وفي داخل الجماعة اكتسبت الأم فهماً أحسن لمشكلاتها الخاصة، وتعلمت من الآباء الآخرين بعض الطرق التي يتحكم بها الفرد في تصرفاته داخل الموقف الجماعي، وهكذا فإنه عن طريق إتاحة الفرص الملائمة لهذه السيدة بأن تظهر حاجتها إلى السيطرة، فإن لم تعد تتخذ اتجاه الخنوع كرد فعل لمشاعرها العدوانية المكبوتة.

وتصف (أورباش) الخطة التي يقوم عليها أسلوب الإرشاد الجماعي، والتي فيها يتم التأييد الانفعالي وتتاح الفرص لإعطاء معلومات واقعية عن طريق برنامج منظم، وتعتبر (أورباش) هذا البرنامج بمثابة تعليم جماعي للآباء، فعن طريقه يحصل الآباء على معلومات واقعية يريدونها عن أطفالهم وكيفية معاملتهم في المواقف التي تواجههم.

"وتمشياً مع الغاية التي ننشدها من وراء أسلوب الإرشاد الجماعي، فإن أعضاء الجماعة يشاركون بعضهم البعض في خبراتهم اليومية، ويتشجعون عن

طريق القائد الذي يوجه هذا الأسلوب من الإرشاد، فهو يساعدهم على التركيز على موضوع المناقشة، ويقوي إسهاماتهم، ويضيف معلومات وتفسيرات لهم إذا كانت هناك ثمة حاجة إليها، ويتاح للآباء فرص التعبير عن توقعاتهم، ومخاوفهم، وأحلامهم، ويسألون عن أفضل الوسائل للتعامل مع أبنائهم، وهنا وعن طريق المساعدة التي يقدمها قائد مدرب على الإرشاد الجماعي، فإنهم يتعلمون بطريقة عملية إيجابية كيف يركزوا على المشكلات الأكثر حيوية بالنسبة لهم[1]".

إن الفوائد التي قد يحصل عليها الآباء من الاشتراك في الإرشاد الجماعي تأتي عن طريق تبادل الأفكار والخبرات بين الأعضاء، وطالما أن الجماعة تزود الفرد بشعور بالحماية، فإن الأفراد يكونوا قادرين على مناقشة المشاعر التي قد يترددوا في الإفصاح عنها وكشفها خلال العلاقة التي تقوم بين فرد وفرد، وفي هذا تقرر (أورباش): " يبدو أن أسلوب الإرشاد الجماعي يعطي الفرد تشجيعاً عن طريق أعضاء الجماعة الآخرين، ولهذا يستطيع أن ينظر إلى موقفه بطريقة أكثر واقعية "

ولكي يكون الأخصائي قائداً كفؤاً في حالات الإرشاد الجماعي للآباء، فإن هذا يتطلب استعدادات ومهارات تختلف عن تلك التي توجد لدى الأخصائي الذي يقوم بالإرشاد الفردي، فمعرفة العملية الجماعية والتدرب على توجيهها الوجهة الفنية الملائمة، هو أمر حيوي، وكما هو الحال بالنسبة لأخصائي الإرشاد الفردي، فإن قائد الإرشاد الجماعي يجب أن يكون على معرفة تامة بالمشكلات الخاصة بالأطفال غير العاديين وبآبائهم، وعلى معرفة بخصائص نمو الطفل العادي وغير العادي، وبالعلاقات بين الآباء والأبناء، وبالاتجاهات الوالدية، وبديناميات الشخصية، وبالإضافة إلى ذلك، فإن القائد الجماعي يجب أن يكون على معرفة ودراية بالإطار الثقافي الذي يتحرك فيه الآباء، حتى يستطيع أن يقف على حقيقة

(1) Auerbach, Aline B. What can parents gain form group experience? In child study assosciation of America, Helping parents of handicapped children – Group approcaches. New York, 1999, P. 18.

مشاعرهم ومخاوفهم، كذلك ينبغي أن يكون على بصيرة تامة بمشاعره واتجاهاته حتى يكون موضوعياً في معاملة هؤلاء الآباء وأميناً في إرشادهم.

ويكتسب الآباء أشياء عديدة من تلك المقابلات الجماعية، ومن هذه الأشياء الوصول إلى فهم أحسن لهؤلاء الأطفال، وإلى معرفة أفضل لمشاعرهم واتجاهاتهم وأثرها في الطفل، وهذه النواحي قد أوضحتها (أورياش) بطريقة رائعة في ضوء ما قامت به من سلسلة متصلة من المقابلات مع آباء الأطفال المتخلفين عقلياً، كما يلي:

"إن الجماعة تتيح مجالاً هائلاً لمناقشة المشكلات الخاصة بأفرادها، من ذلك كيف يعودون الطفل غير العادي على النظام، والتدرب على استخدام دورات المياه، وعادات الأكل والنظافة، بالإضافة إلى مساعدته على استخدام قدراته على أحسن وجه ممكن، وكذلك تعريف الآباء بالتوقعات التي ينتظرونها من الطفل، وأسباب التخلف العقلي، وعدم جدوى مشاعر الخيبة والذنب التي قد يشعر بها بعض الآباء، وعلاقة الطفل غير العادي بالأطفال العاديين في الأسرة والمجتمع، والمصادر التي منها يحصلون على أحسن خدمات تقديم لهؤلاء الأطفال.

إن الآباء الذين اشتركوا في عملية إرشاد جماعية، بدؤوا يظهرون رغبة قوية في محاولة تجريب اتجاهات إيجابية جديدة في مساعدة الأطفال نحو إعالة أنفسهم، وقاموا بمناقشة مشاعرهم الخاصة لما لها من أهمية كبيرة بالنسبة لمشكلات أطفالهم، وكذلك أظهروا في النهاية ميلاً قوياً نحو تقبل طفلهم غير العادي، واتخذوا نحوه اتجاهاً مغايراً قائماً على فهم جيد لهذا الطفل.

وفي الواقع إن هذا البرنامج قد تحققت من ورائه عدة أهداف:

1. إن الآباء قد خبروا شعوراً قوياً بالعون عن طريق مشاركتهم بعضهم لبعض، فهم لم يعودوا يشعرون بأنهم هم وحدهم الذين يعانون من تلك المحنة.
2. أظهروا قدراً أقل من الشعور بالذنب.

3. أبدوا فهماً أحسن في كيفية كشف استعدادات أطفالهم لاتخاذ خطوة أبعد نحو إتاحة الفرص لنموهم وليكونوا أكثر وعياً بمساعدتهم، حتى يصلوا إلى أقصى درجة تسمح بها إمكانياتهم ".

مجموعة الاضطرابات التي ترجع العلة فيها إلى أسباب نيورولوجية (عصبية) :

(2 – 10) الكوريا Chorea:

الكوريا عبارة عن اهتزازات أو حركات لا إرادية، نمطية، وهذه الحركات قد تصيب الوجه (رفع الحاجبين إلى أعلى) أو الفم، وقد تتحرك مقلة العين من ناحية إلى أخرى وتتحرك الرأس تبعاً لذلك، وفي الحالات الشديدة تصيب هذه الحركات الأطراف، حيث نشاهد حركة انثناء الساعد مع حركة في إصبع اليدين، ويقابل ذلك حركة أخرى عكسية في الذراع المقابل.

إن معظم حالات (الكوريا) التي يصاب بها الأطفال تعرف باسم Rheumatic chorea وهي تحدث نتيجة روماتزم حاد يؤثر على المنطقة "تحت المخية Basal Ganglia"

(2 – 11) أعراض تصاحب الإصابة بالكوريا:

1. ثقل في الكلام، إذ تخرج الكلمات متقطعة، وعلى شكل انفجار.
2. يتأثر المضغ والبلع لدرجة لا تسمح للمصاب بتناول الطعام إلا بالطرق الصناعية.
3. يحدث في الحالات الشديدة ارتخاء عام في جميع عضلات الجسم، وقد يلازم المريض الفراش لعدم قدرته على الجلوس.
4. تزداد الأفعال العصبية المنعكسة في الدرجة عن الحالات الطبيعية.
5. حالة انفعالية غير مستقرة وقلقة، وقد يصاحب هذا القلق النفسي عدم القدرة على النوم والتهيج.
6. اضمحلال عقلي (أحياناً).

(2 – 12) شلل الأطفال:

من بين مجموعة الانحرافات التي ترجع العلة فيها إلى اضطرابات نيورولوجية، تلك الحالات المعروفة باسم (شلل الأطفال) ، وأغلب الذين يصابون بهذا المرض يكونون من الأطفال حيث أن 75٪ ممن أصيبوا به كانوا بين سن سنة واحدة إلى 15 سنة، أما النسبة الباقية فبين سن 16 إلى 40 سنة.

إن شلل الأطفال يشمل مجموعة من الحالات تتميز باضطراب في الحركة، ولقد بدأ الاهتمام بهذا المرض في العشرين سنة الأخيرة على أثر الأبحاث المستفيضة التي قام بها كل من (مورجان فيلبس) و (إيرمل كارش) في الولايات المتحدة الأمريكية لدراسة صحة النظريات التقليدية المتصلة بهذا المرض، والتي كانت تعتبره مشكلة من مشكلات جراحة تقويم الاعوجاج (Otherpedic Problem)، إلا أن الأبحاث الحديثة أثبتت أن المشكلة من حيث العلة متشعبة النواحي، فهي في جوهرها مشكلة عصبية (Neuromuscular)، تحدث نتيجة آفة مخية يتعرض لها المصاب منذ الولادة، وبجانب هذه العلة العصبية التي تتحكم في تكوين المصاب، هناك نواحٍ أخرى من النقص أو الاضطراب تتصل بالنواحي الحسية والانفعالية والذهنية، تترتب عن الإصابة الأصلية.

(2 – 13) أسباب شلل الأطفال:

إن أسباب هذا المرض متنوعة وهي:

- أولاً: عوامل وراثية منها الزهري الوراثي أو إصابة أحد الوالدين بمرض عقلي أو عصبي ينتقل عن طريق الوراثة إلى الأبناء.
- ثانياً: إصابة الأم أثناء الحمل بمرض خطير أو بحادث من الحوادث يؤثر بدوره على نمو الجنين داخل الرحم، ويترتب على ذلك توقف في عملية نمو وتطور الجهاز العصبي، وهذا التوقف يكون على شكل ضمور أو تليف في الخلايا

العصبية. ومن أهم الأمراض التي تصاب بها الأم أثناء الحمل وتؤثر على الجنين: الالتهاب السحائي، وكذلك التهاب الدماغ.

- ثالثاً: إصابة الطفل الوليد أثناء عملية الوضع بحادث يصيب المخ ينتج عنه نزيف في الأغشية المغلفة لهذا العضو، ويحتمل أن تحدث الإصابة بالشلل في بعض الحالات بسبب (اسفكسيا Asphyxia) أثناء الولادة.

(2 – 14) أنواع شلل الأطفال:

إن الشلل في الأطفال يأخذ صوراً ثلاثاً هي:

1. الضعف الجسمي والتوتر (Spasticity) الذي ينتج عن وجود إصابة أو تلف أو التهاب أو شلل أو أورام في المسالك الهرمية (Pyramidal Nerve Tracts)، وهذه الإصابة تؤثر بدورها على أعصاب الحركة، فتتأثر تبعاً لذلك الأطراف السفلى أكثر من الأطراف العليا، وتختلف شدة الضعف وللتوتر اختلافاً عظيماً من حالة لأخرى، ففي الحالات الخفيفة لا تزيد العلة عن أن تكون ازدياداً في الانعكاسات العصبية، بينما نجد أن الشلل أو الفالج في الحالات الشديدة يصيب الأطراف السفلى مع توتر في العضلات مصحوب بعدم القدرة على الاسترخاء وانثناء الكوع والرسغ وتوجيه راحة اليد للداخل، ويمشي الطفل في هذه الحالات على أطراف أصابعه مع انثناء الساقين والفخذين للداخل، وتبعاً لذلك نلاحظ انحناء في العمود الفقري أكثر مما هو مألوف، ولا شك أن الأطراف العليا وعضلات الكلام والبلع تتأثر بحالة التوتر والتشنج العامة التي تصيب الجسم، أما عن كلام المصاب في مثل هذه الحالات فيكون من النوع التوتري أو التشنجي (Spastic) بالإضافة إلى بعض العيوب الإبدالية المتسببة عن إصابة الأعصاب المتصلة بالحلق أو بالحنجرة.

وسنعرض فيما يلي حالة لطفلة في العاشرة من عمرها بالسنة الأولى في إحدى المدارس الأولية:

تاريخ ما قبل الميلاد (الحمل):

تقرر الأم أنها كانت أثناء الحمل تشعر بتعب دائم وبثقل، غير أنها لم تتعرض أثناء الحمل لأي مرض أو حادث، كما أنها لم تحاول في تلك الفترة إجهاض نفسها.

حالة الوضع (الولادة):

كانت مدة الحمل طبيعية، أما عملية الولادة نفسها فقد كانت عسرة، جاء (المخاض) للأم في المساء واستمر حتى ظهر اليوم التالي، ونظراً لعدم وجود مولدة، فقد استعان الوالد بإحدى الجيران التي سحبت المولود بصعوبة، إلا أنها لم تستطع قطع الحبل (السري)، فتركت الطفلة معلقة ساعتين إلى أن حضرت حكيمة مركز رعاية الطفل.

التاريخ التطوري للحالة:

لم تقبل الطفلة أي طعام بعد الولادة، وكانت كلما أعطيت الثدي تقيأت اللبن واستمرت الحال على ذلك مدى عامين، وأدت إلى إصابة الطفلة بالضعف العام، وقد بدأت الطفلة التسنين في العام الثاني من عمرها، أما عملية المشي فلم تسر في دورتها الطبيعية، إذ أخذت تحبو في سن العامين، وبعد ذلك كانت تستطيع الوقوف بمساعدة، ولكن في غير اتزان، وعندما بلغت الشهر (الثلاثين) من عمرها استطاعت المشي، غير أن مشيتها كانت بطريقة غير طبيعية، إذ كانت تسير على أطراف أصابعها مع انثناء الساقين، وقد لاحظنا كذلك أن الطفلة لا تستطيع السير على خط مستقيم.

أما عن بقية المهارات الحركية الأخرى، فقد لاحظنا أن الطفلة لا تستطيع مد الذراعين إلى الأمام أو تصالبهما، كما أنه يتعذر عليها وضع الكفين في وضع أفقي، وبالإضافة إلى ذلك فقد كانت طريقة الطفلة في تناول الأشياء والقبض عليها تدل على عدم انسجام (Awkward)، ولقد طلبنا من الطفلة أن تمسك القلم لتخط بعض الخطوط وترسم بعض الأشكال، فقامت بذلك بشكل ينم على بذل الجهد مع اضطراب واضح في القبض على القلم باهتزاز الأطراف، وعدم القدرة على التحكم في طريقة استعمال القلم.

سلوك الطفلة:

أما سلوك الطفلة في المنزل والمدرسة فقد كان يتميز بالصفات الآتية:

عدم الرغبة في الاشتراك في أعي عمل مع غيرها من الأطفال، إذ كانت تفضل العزلة، ولا تستطيع قضاء أية حاجة بالمنزل، كما كانت والدتها تقوم بإطعامها ومساعدتها في ارتداء ملابسها، ويتعذر عليها ربط حذائها أو (تزرير) فستانها، ميالة إلى الاعتداء، خجولة، هيابة، عصبية المزاج، كثيرة البكاء، تخاف من الكلاب والقطط.

2. أما النوع الثاني من شلل الأطفال فمعروف باسم (Athetosis)[1] وترجع العلة فيه إلى إصابة الـ (Basal Ganglia) وهي مجموعة الخلايا والأنسجة التي تقع فوق المخيخ.

والشلل في هذه الحالات يصيب الأطراف (اليدين والساقين والأصابع... إلخ)، ويجعلها في حركة مستمرة لا إرادية، وتزداد هذه الحركات اللاإرادية وضوحاً أثناء القيام بالأعمال الإرادية وخاصة عندما يكون المصاب تحت تأثير حالة نفسية غير مرغوب فيها، ويصاحب هذه الحركات تقلصات في عضلات الوجه لا تظهر إلا أثناء اليقظة، أما أثناء النوم فهي معدومة تماماً.

(1) تشابه أعراض هذا المرض الظاهرة المرضية المعروفة باسم (Chorea).

3. أما النوع الثالث من شلل الأطفال فمعروف باسم Ataxia وينشأ بسبب إصابة المخيخ بالتورم أو الضمور، وهذه الإصابة – أياً كان نوعها – من شأنها التأثير على الأعصاب الموصلة إلى الأطراف السفلى، فتجعل توازن الجسم مختلاً، ومن أهم النتائج البارزة في هذه الحالة أن تصبح مشية المصاب غير مضبوطة كما يحدث اختلال في حركات العين عند النظر إلى أعلى أو أسفل أو إلى اليسار أو اليمين، هذا وهناك بعض الأعراض الأخرى المصاحبة (وهي نادرة) مثل إصابة الطفل بالمعنى أو التعرض لنوبات صرعية.

وسنعرض هنا حالة طفل في حوالي الخامسة من عمره أصيب بهذا النوع الأخير من الشلل:

التاريخ التطوري:

كانت الولادة طبيعية، ورضع الطفل من أمه عاماً كاملاً، وبدأ ظهور الأسنان في السن العادية، أما المشي فقد تأخر، إذ بدأ يحبو في سن عامين ونصف، كما أن قدرته على التعبير لم تتضح إلا ابتداءً من العام الثالث.

وقد سافر الطفل إلى أمريكا بصحبة والديه، ومكث هنالك نحو ثلاثة أعوام، وكان عمره عند سفره عشرة شهور، ولقد شخصت الحالة عندما عرضت على أحد الاختصاصيين، بأن الطفل مصاب بالشلل، ولذلك نصح بإلحاقه بأحد المعاهد الخاصة بأمريكا.

وعندما بلغ الطفل عامه الرابع أصيب بغيبوبة ظلت عشر دقائق ثم أخذت تتكرر هذه النوبات مع طول مدة الغيبوبة، وعندما عرضت الحالة على أخصائي الأعصاب شخصها على أنها حالة صرعية، وأن هناك إصابة بالمخ (ولادية).

أحضر الطفل بعد ذلك إلى العيادة النفسية الملحقة بكلية التربية، وقد كان عمره إذ ذاك أربع سنوات وسبعة أشهر، وقد أجرينا عليه اختبارات عدة لدراسة قدرته الحركية والعقلية، ومدى استجاباته الانفعالية.

القدرة العقلية:

اختبار (بينيه): أجاب الطفل على أسئلة سن ثلاث سنوات، إذ أشار إلى أنفه وعينيه وفمه وشعره، كما سمى الأشياء البسيطة كالقلم الرصاص، إلا أن نطقه لم يكن واضحاً، وفي السؤال الخاص بالجنس أجاب بأنه (ولد) وكذلك عرف اسمه كاملاً.

وعندما طبق عليه اختبار (بورتيس) لوحظ أنه يساري، كما أن قدرته على إمساك القلم لم تكن دقيقة، ولذا كانت الخطوط التي يرسمها غير دقيقة كذلك، ولكنه أبان عن فهمه للفكرة التي يقوم عليها الاختبار في اختبار سن 3 ولم ينجح في اختبار سن 4 سنوات.

وهكذا ترى أن عمر الطفل العقلي كان حوالي ثلاث سنوات، ومعنى ذلك أن مستوى ذكائه أقل من المتوسط.

المهارات الحركية:

المشي: هناك تداخل واضح في استعمال القدمين، كما أن جسمه يميل إلى الجهة اليمنى، والاتزان ضعيف جداً أثناء عملية المشي، ويبدأ المشي بالقدم اليسرى، ويتعذر عليه أن يصعد السلم بقدمه اليمنى، ولذلك فهو يستعمل القدم اليسرى في الصعود ثم ينقل القدم اليمنى وهكذا.

وفي القدرة على استعمال الأيدي، لاحظنا على الطفل عندما أعطيناه صندوقاً به مكعبات، وطلبنا منه إخراجها من الصندوق، أنه كان يستعمل يده

اليسرى في إخراجها، ويستعمل اليدين معاً في القبض على المكعب الواحد، وفي حالة وقوع أحد المكعبات على الأرض كان يشير إلى والده ليحضره له.

وكان يبدو على الطفل عجز واضح في استعمال يده في شيء من الاتزان والتوافق.

وأخيراً أشعلنا عود ثقاب وطلبنا منه إطفاؤه، فلاحظنا أن حركات الشفاه أثناء محاولته كانت غير متزنة، ومعنى ذلك أن التحكم في استدارة الشفاه لإحداث الحركة المطلوبة كان صعباً، وبالإضافة إلى ذلك فقد كانت قدرة الطفل على النفخ في الصفارة صعبة كذلك.

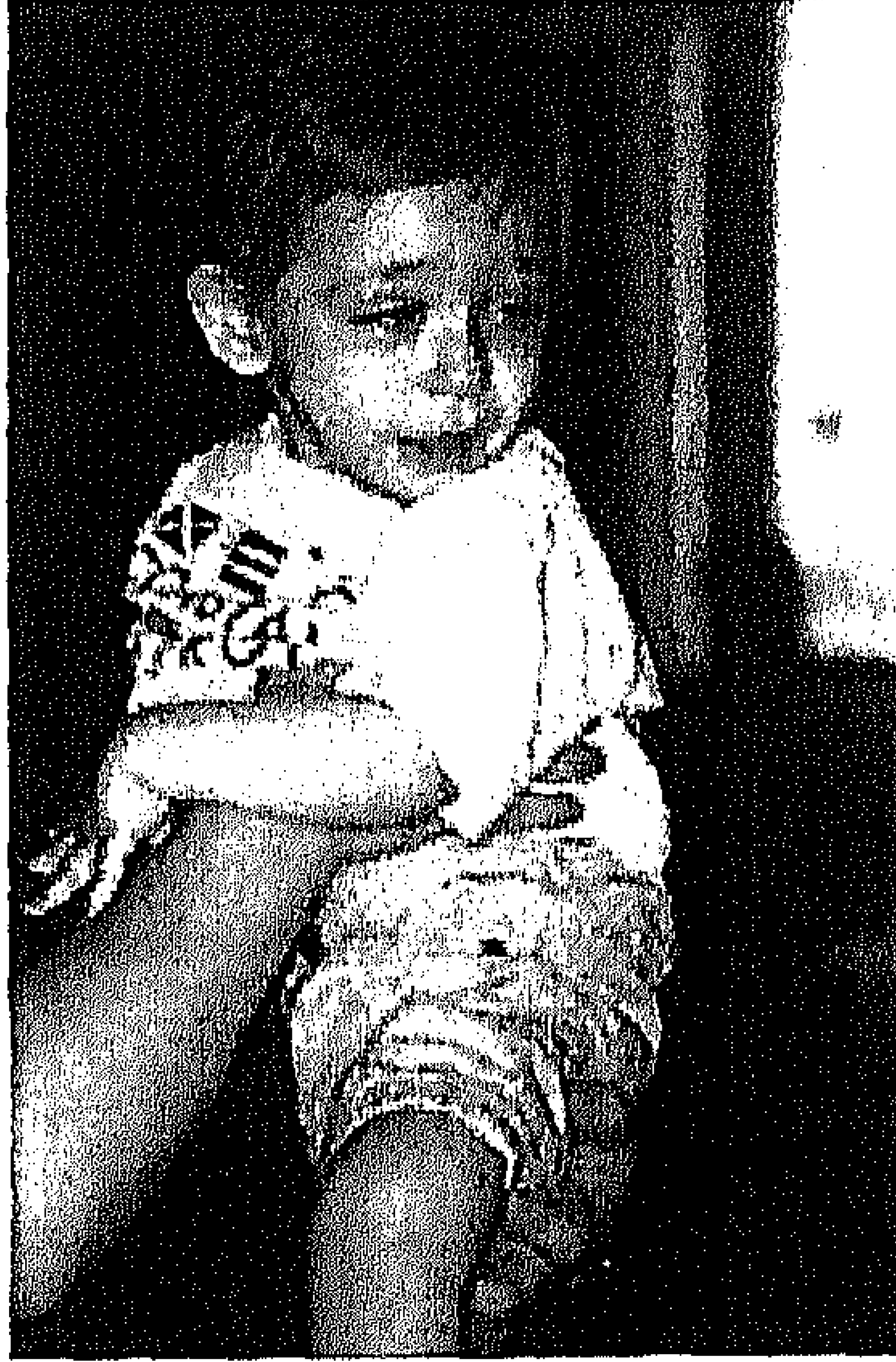
المهارة الكلامية:

القدرة على نطق الحروف: استطاع الطفل أن يقلد نطق هذه الحروف (ب م ن د ت ل و) بشكل واضح، أما نطق الحروف المتحركة فلم يكن واضحاً، وذلك لعدم قدرة الطفل على التحكم في حركات الشفاه واللسان، أما طريقة تعبيره أثناء الكلام، فقد لاحظنا أنه يتعذر عليه أن يتكلم بعبارة كاملة، إذ كان يعبر عما يريد في عبارات متقطعة، ويفصل بين الكلمة والكلمة التي تليها فترة، مع بطء واضح، ومد في الحروف واضطراب في التنفس.

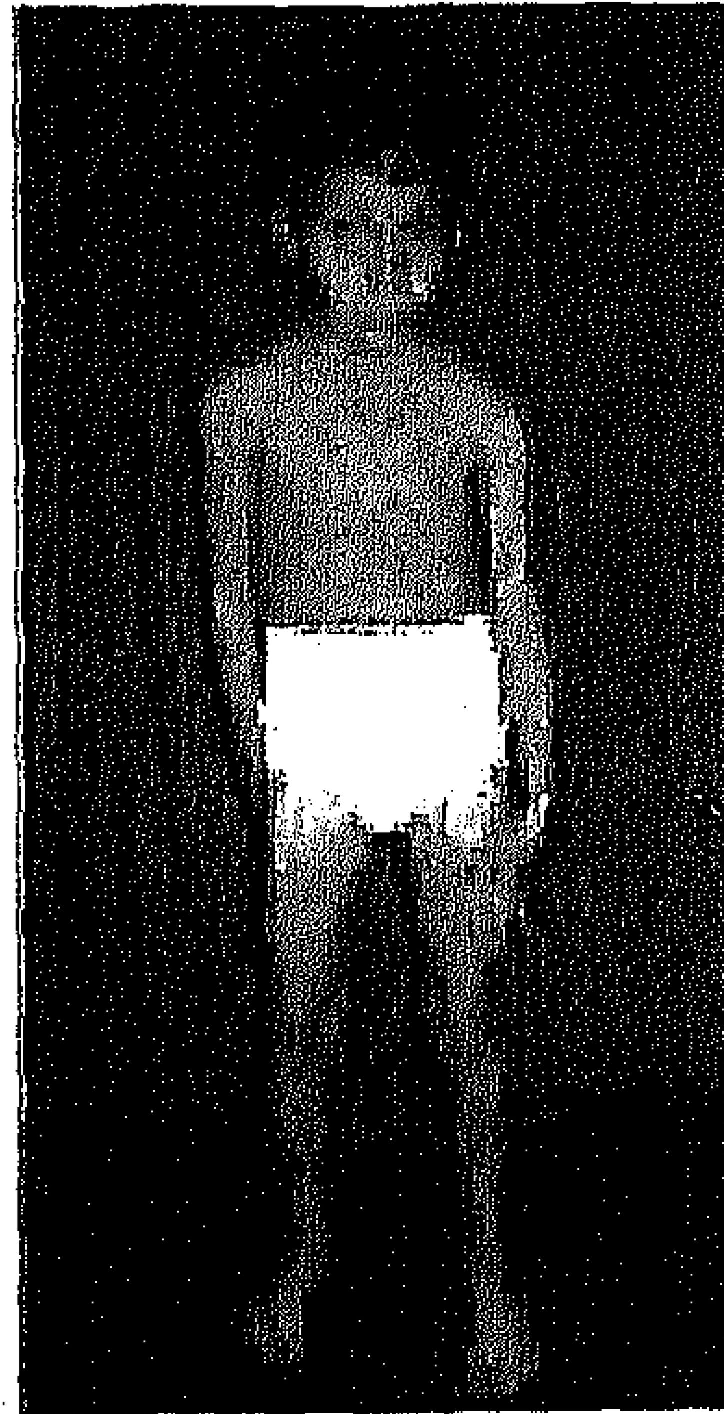
الحالة الانفعالية:

كانت تظهر على المصاب حالات انفعالية تتميز بعدم الاستقرار والتغير الفجائي، فتارة تجده يضحك ثم فجأة يبكي دون أن يعرف سبب للضحك أو للبكاء، وتارة ينتقل من الثورة إلى الهدوء، أو الحب إلى الكراهية، أو من الجرأة إلى الخوف، إلى غير ذلك من الظواهر التي ينتقل فيها فجأة من حالة إلى أخرى تغايرها، وهو إلى جانب هذا كله يقوم بتصرفات تؤلم الغير وتؤذيه وكثيراً ما تكون هذه الأعمال عدائية، شاذة إلى حد كبير.

هذه حالة من حالات شلل الأطفال، وهو النوع المعروف باسم Ataxia وتتميز بخلل واضح في المهارة الحركية، وعدم اتزان الجسم، والترنح أثناء المشي، بالإضافة إلى عدم الاستقرار في الحالة الانفعالية، وقصور في الناحية العقلية وعدم نضوج في القدرة على التعبير مصحوباً بالتواء معيب في النطق.



صورة لطفل مصاب بالشلل المعروف باسم (Athetosis)



صورة لطفل مصاب بالشلل المعروف باسم (Ataxia)

والصورة مأخوذة من مقال نشر عن شلل الأطفال في مجلة (The Practitioner) عدد يوليو 2002.

(2 – 15) علاج شلل الأطفال:

يتضمن علاج هذه الحالات النواحي الآتية:

- أولاً: العلاج الفيزيولوجي أو الجسمي.
- ثانياً: العلاج النفسي.

أولاً: العلاج الفيزيولوجي:

ينبغي أن يسر العلاج في الخطوات التالية:

- **الخطوة الأولى:**

إن أساس العلاج في هذه المرحلة يقوم على تدريب الطفل على إرخاء عضلاته، ويكون ذلك في جلسات خاصة يطلب منه أثنائها أن يقوم ببعض الحركات الجسمانية، التي تيسر له التحكم في استخدام هذه الأعضاء، أو بعبارة أخرى: يتعود على أن يستعمل هذه الأعضاء بطريقة إرادية، وتعطى هذه التمرينات كل يوم خلال فترات تبلغ حوالي نصف الساعة في أول مرحلة العلاج، ثم تنخفض إلى 15 دقيقة يومياً في النصف الثاني من العام الأول للعلاج.

أما طريقة إعطاء هذه التمرينات فيطلب من الطفل أن يرقد مستلقياً على الأرض فوق (ملاية) أو سرير جاف، ويستحسن أن يكون عارياً إن سمح الجو بذلك، ويقوم الأخصائي أثناء ذلك بتدليك عضلات الجسم برقة، حتى تصبح في حالة استرخاء نسبي، ثم يقوم – بعد ذلك – بثني كل عضو من أعضاء الجسم المصاب في اتجاهات مختلفة، ويستطيع المعالج بجانب ذلك أن يدرب الطفل المصاب على جذب الأشياء إليه بيده ودفعها عنه بقدمه للحصول على شيء معلق... إلخ.

- **الخطوة الثانية:**

يتضمن العلاج في هذه المرحلة إعطاء المصاب تمرينات خاصة لمساعدته على المشي، ويكون على النحو التالي:

تمرينات للمشي بمساعدة، ثم بدون مساعدة، على أن يكون ذلك التدريب داخل حجرة، وتحت مراقبة شديدة، هذا واستعمال مرآة كبيرة أثناء عملية التدريب يساعد المصاب على أن يرى نفسه ويرى مدى التخبط الذي يقع فيه أثناء المشي، وكذلك مدى التحسن الذي يطرأ عليه بعد تكرار التمرين.

ثانياً: العلاج النفسي:

لا يقتصر علاج المصاب بشلل الأطفال على الناحية الحركية فحسب، بل يجب أن يشمل هذا العلاج النواحي النفسية، ذلك لأن ما يعانيه المصاب من انحرافات وقصور في هذه الناحية، يؤثر بدوره على تكوينه النفسي، بحيث يجعل مدى التحسن في نواحي العلاج المختلفة محدوداً، وعلى العكس من ذلك إذا ما راعى المعالج أن يرفع من نفسية المصاب عن طريق الوسائل التعليمية والنفسية المختلفة، فإن هذا — دون شك — مدعاة إلى استفادة المصاب مما يقدم له من علاج في أقل زمن ممكن، فيكون ذلك مدعاة إلى التعجيل بشفائه ورفع حالته المعنوية.

وسنعرض هنا بعض الوسائل التي تستخدم في هذا الغرض:

أ. تشجيع المصاب على أن يكون عضواً في الجماعة:

من الواضح أنه نظراً لما يعانيه الطفل من عجز وقصور في الناحيتين الحركية والكلامية، نجده عزوفاً عن الاختلاط، ميالاً إلى العزلة، ويترتب على هذه الاتجاهات شعور الطفل بالغربة بين أعضاء الأسرة.

ورغبة في تجنب ذلك، يحسن بالكبار أن يعملوا على تشجيع الطفل المصاب على أن الاختلاط بالرفاق أو الإخوة، ليتم التفاعل بينه وبينهم على نحو يحقق له الشعور بأنه عضو في جماعة تحبه وتحنو عليه، إن هذا التفاعل – دون شك – يولد في نفسه نوعاً من الشعور بالانتماء (Belongingeness)، وهذا بدوره يساعده على الشعور بالأمن وسط الجماعة التي يعيش بين أفرادها.

هذا ويجب على أفراد الجماعة التي ينتمي إليها الطفل المصاب أن تقوم بتشجيعه بين وقت وآخر، ويكون هذا التشجيع على النحو التالي: الأخذ بيد الطفل أثناء محاولته المشي، أو دفع العجلة التي ينتقل بها من مكان إلى مكان داخل المنزل أو خارجه، أو إزالة اللعاب الذي يسيل من فمه، أو مساعدته على تناول الطعام... إلخ.

كل هذا يؤدي إلى تقوية العلاقات التي تنمو بينه وبينهم، كما يكون عاملاً قوياً يجعله يشعر في قرارة نفسه بأنه عضو مرغوب فيه، وليس عالة محطمة، وعبئاً ثقيلاً على كاهل الأسرة.

ب. تشجيع المصاب – من وقت لآخر – على الاعتماد على نفسه:

من غير المستحسن أن يقوم المحيطون بالطفل بقضاء حاجاته كاملة، لأن ذلك يؤكد في نفس الطفل ذلك الشعور بالعجز (Helplessness) الذي يراوده بين حين وحين، ولأجل أن نجنبه هذا التفكير يحسن أن نهيء له الفرصة ليقوم ببعض الأعمال اليومية التي تجعله يشعر بأنه يستطيع أن يقوم ببعض الأعمال التي يحافظ بها على كيانه، كأن يترك لتناول طعامه في حدود إمكانياته وكإغرائه على اللعب والحركة في جو يثيره ويدفعه إلى التعبير والتفاهم لتحقيق رغائبه، أو تكليفه ببعض الأعمال التي لا تتطلب مجهوداً، ولا شك أن هذه الأمور على اختلاف نواحيها كفيلة بتشجيعه وإكسابه شيئاً من الثقة بالنفس.

ج. ولأجل أن تكون الصورة العلاجية كاملة يحسن أن نشير إلى الدور الذي يقوم به الآباء في مساعدة المشرفين على العلاج:

فدعوة الآباء والأمهات لازمة من وقت لآخر للتشاور معهم في حالات أطفالهم، وللوقوف على مدى التحسن الذي نالهم، كما أنه يجب، إن كان للبيئة المنزلية أثر في علة الطفل، أن نناقش هذه العوامل مع الآباء بما يكفل إزالتها، ومن بين هذه العلل، العطف الزائد، والقسوة الزائدة، وعدم منح الطفل المصاب الفرصة للاختلاط والاعتماد على النفس في جو يبعث على الطمأنينة والهدوء.

(2 – 16) الصرع:

يتعرض بعض الأفراد إلى نوبات تشنجية (صرعية) تؤثر في سلوكهم وتعرضهم إلى الأخطار، وتزيد نسبة الإصابة بهذا المرض بين الأطفال الذين تقل سنهم عن خمس سنوات عن نسبتها بين أولئك الذين تزيد سنهم على العشرين بمقدار ثلاثة أضعاف، ومن ناحية أخرى، فإن إحصاءات (وليم جاور) في إنجلترا تبين أن 12.5٪ من الحالات التي فحصها يقل سن المصابين فيها عن ثلاث سنوات، و38.5٪ يقلون عن عشر سنوات، و43.5٪ تتراوح أعمارهم بين العاشرة والعشرين .

(2 – 17) الفرق بين التشنجات الصرعية وغير الصرعية:

لا يتعرض الأطفال للتشنجات الصرعية فحسب، بل إنهم معرضون بالإضافة إلى ذلك، إلى تشنجات واهتزازات متنوعة ومن نوع آخر، فمن هذه التشجنات ما يظهر على الأطفال الصغار في السنوات الأولى من حياتهم، وهذه التشجنات الطفلية غير الصرعية، وإن كان يصعب تمييزها عن التشجنات الصرعية، فهي تمتنع عن الظهور تلقائياً عندما يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث، أو نتيجة العلاج المناسب كالتغذية والتعرض لأشعة الشمس وتعاطي زيت كبد الحوت، كذلك قد يحدث الخلط بين النوبات الصرعية والنوبات الهستيرية، إن النوبات الصرعية نوبات فجائية، لا إرادية، لا تتعلق بموقف بالذات ولا يحدث

استجابة لمثيرات خارجية، بينما النوبات الهستيرية يندر حدوثها والمصاب منفرداً، لأنها عبارة عن التماس للمشاركة الوجدانية، وبالإضافة إلى هذه التفرقة، نستطيع أن نقول إن النوبة الصرعية يصحبها فقدان كامل للشعور بينما النوبة الهستيرية لا يتأثر بها الشعور إلا تأثراً جزئياً، وهذا يعلل كيف أن المصاب بالهستيريا يجتهد الا يسقط سقوطاً يؤدي إلى إصابات بالغة، بينما لا يقوم المصاب بالصرع بمثل هذه المحاولات، **ومن بين الفروق الأخرى بين النوبة الهستيرية والصرعية ما يلي:**

1. تتميز النوبة الهستيرية عن النوبة الصرعية بما يصحبها من حدة انفعالية.
2. النوبات الصرعية لا يقوم فيها المصاب بأية محاولات للدفع أو القبض، بينما النوبات الهستيرية تتميز بمحاولة المصاب قبض ودفع وجذب الأجسام المختلفة التي تكون في متناول يده.
3. النوبات الصرعية إنما تنشأ – أو على الأقل – تتميز من انعدام التوافق في المراكز المخية، بينما تتميز النوبات الهستيرية بالصراع العقلي أو الانفعالي ولا يصحبها أي تلف في المخ، ولذا تمكن الأخصائيون من التمييز بين حالات الصرع وحالات الهستيريا بالكشف على المراكز المخية بواسطة الموجات الكهربائية.

(2 – 18) أسباب الصرع:

تختلف هذه الأسباب باختلاف أنواع الصرع، وهي:

أ. الصرع التكويني (Idiopathic Epilepsy).
ب. الصرع العرضي (Symptomatic Epilepsy).

ولم تعرف حتى الآن علة المرض في حالة الصرع التكويني، أما في حالة الصرع العرضي فيمكن تتبع علته حتى نصل إلى التلف الذي يصيب المراكز المخية (أثناء عملية الولادة أو قبلها أو بعدها)، ويجب ألا يغيب عن الذهن أن هذه الإصابات

التي تلحق بالمخ تؤدي إلى نوبات صرعية في حالة الأفراد ذوي القابلية الاستعدادية أو الميل الموروث للاضطراب العصبي.

(2 – 19) الصرع الأكبر والصرع الأصغر:

قد أمكن التمييز بين نموذجين متميزين للصرع يختلف أحدهما عن الآخر من حيث درجة الحدة ومدة النوبة والمظاهر العامة المصاحبة لها والحالة العامة للمصاب قبل النوبة وبعدها والأعمار التي يسود انتشار كل منهما فيها وهما:

أ. الصرع الأكبر (Grand Mal).

ب. الصرع الأصغر (Petit Mal).

ويتميز الصرع الأكبر بأنه في نصف حالاته تقريباً تسبق النوبة بوادر منبئة بها، بينما لا تحدث هذه البوادر إلا في حالات نادرة من حالات الصرع الأصغر، وتتلخص هذه البوادر في الشعور بعدم الارتياح والكآبة وتغير المزاج و (تنميل) الأطراف ووخزها، وتغير في لون الوجه وملامحه واضطراب في الجهاز التنفسي، كما قد تصاحب هذه المظاهر حالة المصاب أثناء النوبة نفسها، كما تشمل هذه البوادر أعراضاً حسية تتلخص في رؤية أضواء وأجسام وهمية وسماع طنين غير عادي وتغير في مذاق اللسان، وهناك أعراض حركية تشمل اضطراباً في بعض العضلات وارتجاف جفني العين والسعال، أما الأعراض النفسية فتتلخص في توارد أفكار مفاجئة وأوهام الهلوسة، ويصحب النوبة فقدان مفاجئ للشعور وهو من المظاهر الرئيسية المميزة لها، ويقع المصاب صريعاً وتنقبض العضلات انقباضاً شديداً وتتيبس الأطراف وتسقط الرأس وتنقلب مقلتا العين، وقد تصيب التقلصات عضلات الصدر فتصدر عنها أصوات لا إرادية منها الهمهمة والأنين والمص، وقد تقف عملية التنفس نتيجة ذلك فينشأ عنها تلون الجلد باللون الأزرق Cyanosis، وتستمر النوبة من عدة ثوان إلى دقيقتين وتتبعها عادة موجة من الانقباض والانبساط العضلي لا توافق بين حركاتها قد تستمر ثلاث دقائق وتهتز الأطراف

بحركة واسعة وتتخذ عضلات الوجه صورة انقباضية، وينطبق الفكان بشدة بحيث يحتمل قطع اللسان، كما تصحب عملية التنفس أصوات واضحة مع كل شهيق وزفير، مع تدفق الزبد من الشدقين، ويتصبب الجسم عرقاً، وقد يفقد المصاب قدرة التحكم في عضلات المثانة والمستقيم، ثم تأخذ الحركات في الهبوط تدريجياً حتى تصل إلى حالة استرخاء مريحة وتأخذ عملية التنفس في الهدوء ويروح المصاب في سنة من النوم في بعض الأحيان، وبعد صحو المصاب من غفوته يشعر بالإجهاد العضلي والصداع والميل إلى القيء، وقد يستمر فترة تبدو عليه البلادة ويصعب عليه تقدير فترة غفوته، هذه المظاهر العامة التي تميز الصرع الأكبر تختلف اختلافاً واضحاً من مصاب إلى آخر، ومن نوبة إلى أخرى لدى نفس المصاب من حيث شدتها وديمومتها وأثرها ولكنها نادراً ما تفضي إلى الوفاة التي إن حدثت فمرجعها إلى شدة الهبوط في القلب أو الاختناق أو إصابة المخ بسبب شدة الصدمة أثناء السقوط على الأرض، وقد قام William Spartling بفحص 516 حالة من حالات الصرع الأكبر فوجد أن مدة النوبة كانت تتراوح بين نصف دقيقة وخمس دقائق أي بمتوسط 1.7 دقيقة، كما وجد (لينوكس) أنه من بين 1500 من مصابي الصرع الأكبر كان 40٪ منهم تنتابهم النوبات ليلاً ونهاراً على السواء، 36٪ أثناء النهار فقط 15٪ أثناء الليل، على أن هذه النسب لم تكن ثابتة إذ أن البعض كان يتحول من طائفته إلى طائفة أخرى.

أما الصرع الأصغر Petit Mal فيتميز بأن البوادر المنبئة لا تسبق نوباته إلا في حالات نادرة، فالمصاب تفاجئه النوبة التي تستمر من 5 إلى 30 ثانية، ويتمكن في أغلب الحالات من أن يعصم نفسه من السقوط رغم فقدانه لوعيه وسقوط ما يحمله في يديه من الأشياء، ويكتسب وجهه لوناً شاحباً ويتخذ وضعاً ثابتاً، وتبدو اهتزازات في الحاجبين أو الجفنين وكذلك في الأكتاف والأذرع ولكن بدرجة أقل حدة، وقد يستمر في نشاطه، أو في العادة يتوقف ثم يستأنفه من جديد عندما يعود إلى وعيه، ويتمكن في أغلب الأحوال من تقدير ديمومة إغفاءته، والإصابات بالصرع الأصغر أكثر شيوعاً من الإصابة بالصرع الأكبر وقد تحدث مئات من النوبات

يومياً دون أن يلاحظها أحد وذلك لخفة وطأتها وقلة مدتها، كذلك ينتشر هذا النوع من الصرع انتشاراً كبيراً لدى الأطفال والمراهقين عن غيرهم، ويميل إلى الامتناع حالما يتخطى الفرد مرحلة المراهقة، ولكنه قد يستمر مدى الحياة إن لم يكتشف أمره ويؤخذ بالعلاج.

(2 – 20) الصرع والقدرة العقلية:

وكان مما ناله اهتمام العلماء علاقة الإصابة بالصرع بالقدرة العقلية، وهنا بدأت الأقوال تتضارب في أثر الإصابة الصرعية في الحد من المستوى العقلي، فمن قائل بأن العلاقة لا أساس لها من الحقيقة بدليل أن الكثير من عظماء التاريخ كانوا من ضحايا تلك الإصابة ومنهم لوردبيرون وباسكال ويوليوس قيصر والإسكندر الأكبر وموباسان وغيرهم، ومن قائل بأن كثيراً من المصروعين لا يخلون من مظاهر الضعف العقلي خصوصاً في الحالات الشديدة من الإصابة، ومرد ذلك إلى التلف الذي يصيب المراكز المخية وما يتعرض له المصاب من نوبات حادة.

(2 – 21) كيف يعالج الصرع؟

يجب أولاً أن ندرس حالة المصاب من الناحية (النيورلوجية) بأن تؤخذ بالأشعة صورة لدماغه، كما يجب أن يفحص من الناحية الطبية العامة فحصاً دقيقاً بحيث يحلل دمه وبوله.

لقد أصبح علاج هذه النوبات الصرعية ميسوراً بعد الوصول إلى الكشف عن أسبابها وتحديد موضعها، إذ أنه ثبت أن كثيراً من هذه النوبات مرده إلى وجود أورام بالمخ أو التصاقات بأغشيته فإذا ما كشف طبيب الأعصاب عن أسباب هذه النوبات وتمكن من تحديد موضعها تحديداً دقيقاً بواسطة (رسام المخ الكهربائي) صار في استطاعة جراح الأعصاب استئصالها، وفي هذه الحالة يكون شفاء المريض مؤكداً.

وهناك نوبات صرعية ناتجة من أسباب أخرى لا يمكن علاجها جراحياً، ولكن ليس معنى ذلك أن يترك المريض دون علاج، إذ أصبح من الممكن علاج هذه الحالات أيضاً، إلا أن علاجها يحتاج إلى زمن طويل وعناية تامة من الطبيب كما يحتاج إلى صبر وأناة من المريض نفسه، وتعالج هذه الحالات بواسطة مستحضرات الفينو باربيتال والأبانيون والتريديون.

وإليك بعض ما يمكن عمله عندما يشعر المصاب بالبوادر الممهدة لظهور النوبة الصرعية:

الإسراع بوضع المصاب على السرير، ووضع منديل ملفوف أو جسم صلب بين أسنانه حتى لا يعض لسانه، وبعد أن ينتهي يجب أن نشجع المريض على الراحة والنوم، وإذا كان المريض ممن يدمنون المخدرات والخمور فلنعمل جاهدين على منعه من تعاطيها كما نعمل على تنظيم حياته الخاصة، وإذا كان المصاب ممن يقودون السيارات أو يميلون إلى السباحة أو يعملون في مصنع بالقرب من الآلات الخطرة، فلنباعد بينه وبين ممارسة هذه الأشياء أو التعرض لها، ومن المستحسن كذلك ألا نشجعه على الزواج، إلا في الحالات التي تقبل الزوجة فيها أن تكون دائماً على حذر من عواقب هذا المرض، أو أن تكون من الأشخاص الذين يميلون إلى تحمل المسؤوليات.

أما في الحالات التي يكون المصابون فيها من الأطفال، فيجب العمل على أن تكون البيئة المنزلية هادئة مستقرة، خالية من النقد والتقريع والتبكيت، ذلك لأن تجنب هذه الأشياء يعطي الطفل الفرصة للشعور بالمسؤولية، ويشجعه على أن يعيش عيشة ملائمة منسجمة، ولا ضير في أن يحضر هؤلاء الأطفال المرضى في المدارس العادية، إذا كان المسؤولين بها خبرة تتصل بهذا المرض، وإلا كان من الضروري إرسالهم إلى مدارس خاصة.

(2 – 22) التبول اللاإرادي:

ان التبول اللأإرادي قد يكون سببه سبب عضوي وقد يكون له اسباب نفسيه أخرى وفي بعض الحالات إن الطفل يتعذر عليه التحكم في العملية حتى سن مبكرة، تصل أحياناً إلى السابعة أو الثامنة، وقد تمتد إلى ما بعد ذلك، وهنا يجد المشرفون على تربية الطفل أنفسهم أمام مشكلة من مشكلات الطفولة، يطلق عليها أحياناً (البوال)، ويطلق عليها أحياناً أخرى (التبول اللاإرادي).

(2 – 23) أسباب التبول:

إن التبول اللاإرادي – شأنه في ذلك شأن بعض الاضطرابات الانفعالية – يرجع مصدر العلة فيه أحياناً إلى أسباب نفسية، تنشأ بفعل البيئة والطريقة التي تربى بها الطفل، هل هي طريقة تقوم على إشباع حاجات الطفولة المختلفة من حنو وانتماء إلى جماعة تحب الطفل وتقدره وتنمي فيه الرغبة في التحرر والمخاطرة؟ أم هي طريقة تقوم على الإذلال والحرمان والمنع والكف وإصدار الأوامر والنواهي في إسراف وقسوة؟ ومما لا شك فيه أن هذا النوع من التربية الخاطئة يعرض الطفل إلى ألوان شتى من الصراعات المستمرة، المصحوبة بشعور غامض من القلق، ثم تأخذ بوادر هذا القلق تستفحل تدريجياً، إلى أن تصبح خطراً يهدد كيان الطفل النفسي، وهنا يلجأ العقل إلى الاحتماء بنوع من التنفيس الانفعالي، الذي يتجه إلى مركز تنفيس صالح، ففي حالة التبول، نلاحظ أن أي خلل عضوي يصيب الجهاز البولي، سواء أكان مباشر (ضيق المخارق البولية، الالتهابات) أو غير مباشر (استسقاء النخاع الشوكي) (Spina Bifide) قد يتيح مركز تنفيس صالح، ويؤدي كذلك خلل الجهاز البولي من الناحية الوظيفية إلى نفس النتيجة، ومن العوامل التي تساعد على الخلل الوظيفي ما يأتي: الإصابة بالبلهارسيا والإنكلستوما ووجود البول الحمضي المركز وعدم تدريب الطفل على العادات الصحية المتصلة بعملية التبول، والضعف الجسمي العام الذي يترتب على فقر الدم وسوء التغذية مثلاً، واضطراب الجهاز العصبي أو حساسيته.

ومعنى ذلك أن إصابة الطفل بالتبول اللاإرادي، يجب أن يتضافر فيها عاملان:

أ. عامل استعدادي يتصل بالتكوين العضوي أو الوظيفي للجهاز البولي.
ب. عامل نفسي ينشأ بسبب البيئة وما فيها من خبرات مؤلمة واضطرابات انفعالية حادة.

وفي استطاعتنا أن نوضح ذلك التفاعل بالحالات التالية والتي وردت على العيادة النفسية التابعة لوزارة التربية والتعليم[1]:

- **الحالة الأولى: تلميذة تبلغ من العمر 15 سنة، تشكو من ضيق وتبول أثناء الليل:**

تكوين الأسرة: تتكون الأسرة من الأب الذي يشتغل بالأعمال التجارية، تزوج زوجتين، ماتت أولاهما (وهي أم الحالة) منذ أربع سنوات، أي عندما كان عمر الحالة أحد عشر عاماً، أما الزوجة الثانية فتبلغ من العمر 20 عاماً.

ترتيب الحالة بين إخوتها لأمها، الثانية، الأول ذكر يكبرها بعام واحد، والأخير ذكر يبلغ من العمر ثماني سنوات، ولم تنجب زوجة الأب أطفالاً عندما بدأت الحالة تتردد على العيادة النفسية للعلاج.

تاريخ الأسرة:

تزوج الأب وهو في السن الرابعة والعشرين من عمره، وعاش مع زوجته الأولى 17 عاماً ثم توفيت لإصابتها بحالة روماتزم واضطراب في القلب.

ولقد ورد في أقوال الأب: " إن زوجته الأولى لم تكن تتمتع بحياة هادئة، فقد كانت عصبية المزاج، قليلة الصبر، دائمة الشكوى من حالة الروماتزم ولقد انعكست هذه المتاعب والمضايقات على سلوكها مع أطفالها من جهة، وأقرب زوجها من جهة أخرى، ذلك أنها كانت دائمة الشجار مع أطفالها، تسيء معاملتهم وتقسو عليهم

---

(1) هذه الحالات قام بالإشراف عليها المؤلف (أثناء وجوده في مصر في العيادة النفسية – القاهرة).

وتتبرم من وجودهم وتعتبرهم مصدر شقائها، وقد اتسع مجال تبرم الزوجة فانتقل الأطفال إلى أقارب الزوج، إذ حدث أنها تشاجرت منذ 7 سنوات مع شقيق الزوج، وقد انتهت المشاجرة بإشعال النار في نفسها ثم ذهبت للزوج في غرفته وهي على هذه الحال، فذعر الزوج وقام بتمزيق ردائها وأصيبت يداه بجروح لا يزال أثرها واضحاً، كما أصيب باضطراب نفسي، وأصبح يفزع عندما يرى النار، ويرتجف إذا طرق أحد باب غرفته، وعندما توفيت زوجته الأولى على النحو الذي أوردناه سابقاً، تزوج زوجة أخرى شابة، وصفها الزوج بالهدوء وطيبة القلب.

أما (الحالة) فتصف زوجة الأب: "بأنها تحاول دائماً التفرقة بينهم وبين أبيهم فهي شديدة الغيرة منهم، تفرح لأحزانهم وتتحكم فيهم، وتتولى الصرف على المنزل فتقتر في المصروفات لكي تدخر لنفسها ما يساعدها على شراء ما يلزمها من الملابس والحلي".

التاريخ التطوري للحالة:

كانت ولادة الطفلة طبيعية وظروف الحمل عادية إلا أن (الحالة) أصيبت في اليوم الأول من ولادتها بحالة نزيف من " السرة " لمدة ساعتين، وكانت ضعيفة البنية، كانت الرضاعة من الثدي، وتمت عملية الفطام في تمام السنة والنصف، أما عملية المشي فتمت في حوالي السنة الثانية، أما الكلام فقد تأخر حتى العام الثالث، إلا أنه بدأ واضحاً عندما بلغت الخامسة من العمر، لم تتمكن الطفلة من أن تتحكم في عملية التبول حتى هذه السن، فهي تتبول على نفسها ليلاً مرة أو مرتين، في أول الليل وآخره.

ويقول الأب إن (الحالة) أصيبت (بالتيفوئيد) عندما كانت في الثالثة من عمرها، ولقد أنهكها المرض، وأثر في صحتها العامة.

تحليل العوامل الفعالة التي أدت للمشكلة:

يتضح من البحث السابق، الأمور الآتية:

1. إن الحالة منذ طفولتها المبكرة، كانت هدفاً لمشاعر الخوف والاضطراب بسبب ضيق أمها وتبرمها بأولادها، وقد يكون مرجع ذلك ما كانت تعانيه الأم من مرض.
2. لم يستطع الأب تعويض أطفاله ما كانوا يحتاجون إليه من عطف وحنان، وذلك لما كان يعانيه من تبرم وضيق بسبب زوجته، وما كانت تضيفه على جو الأسرة من فزع.
3. كل ذلك جعل الطفلة منذ باكورة حياتها تعيش في جو مضطرب، لم تستطع في خلاله أن تشبع حاجات الطفولة، من حنو وعطف ورغبة في الانتماء إلى جماعة تحبها وتعطف عليها، وقد أدى ذلك إلى تعرضها لمجموعة من الصراعات النفسية والانفعالات المؤلمة.
4. عبرت هذه الانفعالات المؤلمة، المتراكمة في نفس الطفلة، عن نفسها بشكل مرضي، فوجدت لها متنفساً عن طريق الجهاز البولي.
5. والذي حدد هذا العارض المرضي وأظهره على النحو السابق، عامل استعدادي اتخذ شكل ضعف عام في البنية منذ الولادة، ضاعف من أثره إصابة الطفلة بمرض (التيفوئيد) عندما بلغت الثالثة من عمرها.
6. كان لزوجة الأب دور هام في مضاعفة آلام الطفلة واضطرابها وشعورها بعدم الأمن، ولقد بدا ذلك جلياً في أحلام الطفلة، فقد كانت تحلم دائماً أحلاماً مخيفة، كأن ترى مثلاً عبداً أسود يهجم عليها ليقتلها بعد أن يكتم أنفاسها، وفي مرة أخرى روت حلماً حدث لها، تلخص في: " أن النساء بمصر قد بلغن عدداً كبيراً، لدرجة دفعت كل زوج إلى قتل زوجته بقطعة من حديد".

- **الحالة الثانية: هذه حالة طفلة في التاسعة من العمر، في السنة الثانية الابتدائية حضرت إلى العيادة بصحبة خالها:**

كانت الأسرة تشكو من أن الطفلة تتبول على نفسها من الصغر، بالإضافة إلى ما ينتابها من أزمات في التنفس، وقيامها بحركات وإشارات غريبة من سرعة استثارتها لأقل سبب.

تكوين الأسرة:

تتكون الأسرة من الأب والأم وخمسة أطفال، الحالة هي الطفلة الثانية، والأول في ترتيب الإخوة والأخوات ذكر يبلغ من العمر أحد عشر عاماً.

التاريخ التطوري للحالة:

جاء على لسان الأم أنها لم تكن راغبة في إنجاب الأطفال عندما حملت بالحالة، ولم تتأكد من حملها إلا في الشهر الخامس عندما بدأ الجنين يتحرك في أحشائها، وكانت الولادة طبيعية، وقامت الأم بإرضاع طفلتها بنفسها وفطمتها تدريجياً في منتصف العام الثاني، أتمت عملية المشي والكلام في حوالي الشهر الثامن عشر، بدأت الأم تعود طفلتها على ضبط وظائف الإخراج في السنة الأولى، وعلى الرغم من ذلك فهي لا زالت تتبول على نفسها حتى تاريخ ترددها على العيادة، ويحدث التبول في منتصف الليل، وإذا أيقظتها أمها ليلاً للتبول فإنها تتعثر في مشيتها ثم تقف وتظل واقفة حتى تتبول على نفسها، أما عن حالتها الصحية، فعلى الرغم من أنها تتمتع ببنية جديدة، إلا أنها يبدو من سرعة استثارتها من كثرة حركاتها، إن جهازها العصبي فيه اضطراب وحساسية بالغة.

علاقة الطفلة بإخوتها ووالديها:

لم تكن علاقة الطفلة بإخوتها طيبة وخاصة بأخيها الذي يكبرها إذ هما دائمي الخلاف معاً، وتقول الأم إن (الحالة) تعلن كراهيتها لأخيها الذي يبدأ دائماً بمشاكستها والاعتداء عليها، في الوقت الذي يتعذر عليها فيه رد هذا الاعتداء، وكل ما تستطيع أن تقوم به رداً على هذا العدوان، هو أن تذهب لأمها شاكية لإنصافها أو تنفجر باكية.

هذا عن علاقة الحالة بأخيها، أما من حيث علاقتها بأبيها فهي علاقة سيئة لقسوته، وهو يبرر هذه المعاملة السيئة لمخالفتها أوامره، وكثيراً ما تعده الطفلة بالتوبة اتقاء للضرب، إلا أنها بمجرد الخلاص منه، فإنها تعود وتتحدى أوامره وتخرج له لسانها كما أنها تبدأ بمشاكسة أمها وجدتها وتوجه لهما ألفاظاً نابية، فتضطر الأم إلى التظاهر بعدم سماعها حتى لا تتمادى في أسلوبها.

أما عن سلوك الطفلة فنستطيع إجماله فيما يلي: عنيدة، صلبة الرأي، تضرب من يلعب معها من الرفاق بدون سبب، كثيرة الحركة، ميالة إلى المبالغة والتهويل.

تحليل العوامل الفعالة التي أدت إلى المشكلة:

يتضح من دراسة الحالة الأمور الآتية:

1. كانت الطفلة تشعر بغيرة شديدة من أخيها الأكبر الذي كان كثيراً ما يتفنن في إيذائها والاعتداء عليها ومشاكستها، ولا شك أن هذا الشعور أدى إلى اضطرابها وعدم شعورها بالطمأنينة في جو الأسرة.
2. لم تجد للطفلة في سلوك والديها نحوها ما ينصفها من أخيها، وعلى العكس من ذلك كان سلوك الأب نحوها يقوم على القسوة والتهديد والوعيد والعقاب، أما الأم فكان سلوكها سلبياً، ومن ثم كان هذا السلوك لا يرضي

الطفلة، ولذلك كانت في بعض الأحيان تسخر من أمها وتسبها بألفاظ نابية.

هذه هي أهم العوامل التي أدت إلى اضطراب الطفلة النفسي الذي نجم عنه إصابتها بالتبول اللاإرادي، والذي ساعد الانحراف على أن يتخذ هذه الصورة دون غيرها من الصور المرضية الأخرى هو أن جهازها العصبي كان يمتاز بعدم الاستقرار والاضطراب والحساسية البالغة، ودليلنا على ذلك ما كانت تقوم به الطفلة من حركات وإشارات كثيرة وغريبة، بالإضافة إلى سرعة استثارتها لأتفه الأسباب، ولا شك أن هذا العامل البدني (الاستعدادي) أثر على الجهاز البولي من الناحية الوظيفية.

هذه هي صورة من حياة طفلة تعرضت منذ طفولتها لعوامل بيئية مضطربة، فليس عجباً أن تتعرض والحالة هذه لضروب القلق النفسي الذي أدى بها إلى التبول اللاإرادي، عندما توفر العامل الاستعدادي (اضطراب الجهاز العصبي الذي أثر بدوره على الجهاز البولي) وقد تضافر العاملان معاً فنتج عنهما هذا اللون من الانحراف.

- **الحالة الثالثة: هذه حالة تلميذة في العاشرة حضرت للعيادة بصحبة والدتها، تبدو مضطربة وتجيب باختصار على ما يوجه إليها من أسئلة:**

الشكوى: تبول ليلي وآلام بجنبيها.

تكوين الأسرة:

تتكون الأسرة من الأب والأم، أنجبت الأم خمسة أطفال قبل ميلاد الحالة، توفوا جميعاً بنزلات معوية، ثم أنجبت طفلاً آخر بعد ميلاد الحالة، توفي عندما بلغ من العمر ثمانية عشر شهراً، وكانت وفاته بالحصبة.

التاريخ التطوري للحالة:

كانت الأم راغبة في الحمل، وكانت الولادة طبيعية، الرضاعة من الثدي حتى الشهر السابع، وبعد ذلك قل اللبن فاضطرت الأم إلى الاستعانة بالطعام الخارجي، كان الفطام فجأة خلال السنة الثانية، بوضع مادة شديدة المرارة على حلمة الثدي، تمت عملية المشي في أوائل العام الثاني.

تحكمت الطفلة في عملية التبرز في الشهر الثامن عشر، بينما لم تستطع ضبط عملية التبول، إذ أنها تتبول على نفسها مرة أو مرتين في الأسبوع، ويكون ذلك عادة في آخر الليل.

وقد تبين من الفحص الطبي للحالة أنها مصابة بضعف شديد و (أنيميا) حادة، أصيبت الحالة بالحصبة في سن السادسة و (بالتيفود) في سن الثامنة.

سلوك الوالدين نحو الحالة:

تقول الأم إنها فرحت كثيراً لميلاد الطفلة فقد جاءت بعد وفاة خمسة من أبنائها بالنزلة المعوية، وهي لذلك تخاف عليها وتدللها، أما الأب، فقد بلغ شغفه وتعلقه بابنته درجة كبيرة، فهو يجيب جميع مطالباه، إن كلاً من الأب والأم يخاف على الطفلة إذا ما نزلت للطريق العام، خشية أن تصاب بمكروه أو أن يعتدي عليها أحد من أبناء الجيران، ومجمل القول أن الطفلة كانت موضع رعاية وعطف زائد، لدرجة أنها تشارك والديها النوم على سرير واحد منذ ولادتها حتى اليوم.

سلوك الطفل:

مطيعة، خجولة، تبكي في حالة الاعتداء عليها ولا تدافع عن نفسها حتى ولو اعتدى عليها بالضرب من رفاقها، تخاف الظلام، ولا تستطيع الذهاب لدورة المياه ليلاً بمفردها.

تعقيب:

ومجمل القول إن الطفلة كما بينا في هذه الحالة تعاني منذ طفولتها المبكرة من حالات عدم الاستقرار والتوتر الانفعالي الذي كان سبباً في إصابتها بالانحراف الذي ظهر في هذه الحالة على شكل (تبول لا إرادي)، إن العامل النفسي المسؤول والذي سبب المشكلة يرجع – في أساسه – إلى إفراط الأبوين ومغالاتهما في رعاية طفلتهما وتدليلها، وكان يحسن بهما أن يدرباها خلال هذه الفترة من حياتها على الاعتماد على النفس وتحمل المسؤوليات والقدرة على التعاون والتضحية، هذه العوامل التي تدل على انسجام وتكامل الشخصية.

وبالإضافة إلى ذلك فقد تبين من الفحص الطبي للحالة، أنها مصابة بضعف شديد و (أنيميا) حادة منذ طفولتها، وهذه – دون شك – أثرت بدورها على الجهاز البولي من الناحية الوظيفية، فجعلته مركز تنفيس صالح لما كانت تعانيه الطفلة من توتر نفسي بسبب التربية الخاطئة التي مرت بها الطفلة.

(2 – 24) كيف يمكن القضاء على عادة التبول اللاإرادي؟

إن تبصير المرء بالأضرار التي تلحقه نتيجة تلك العادة يعتبر من أكبر العوامل المساعدة على القضاء على تلك العادة، ومن هنا وجب أن نبصره بما يترتب على هذه الأضرار في المستقبل، وأن نقنعه بأنه لم يعد ذلك الطفل الذي تصدر عنه مثل هذه العادة غير المرغوبة، حتى يستطيع أن يساهم في مختلف وجوه النشاط في الحياة دون أن يتعرض للتهكم والسخرية من أفراد مجتمعه، ولنوضح له أن المزايا التي تعود عليه تستأهل ما ينبغي بذله من جهد للنجاح في القضاء على تلك العادة، ويلاحظ أن الأولاد في هذه السن يميلون إلى مرافقة آبائهم في أسفارهم، وإلى القيام بالرحلات، أو مزاولة بعض نواحي النشاط التي يحبونها، ولذلك ينبغي أن نبين لهم استحالة ذلك عليهم تماماً، إلا إذا هم تغلبوا على عادة التبول اللاإرادي.

وبعد أن نبصر الطفل بكافة المزايا والأضرار ومختلف الدوافع التي تتطلب منه بذل الجهد للقضاء على تلك العادة، علينا أن نمده ببعض العون من الخارج، فمثلاً: يجب أن نستبعد الماء واللبن من طعامه بعد الساعة الخامسة مساءً، وأن يحاول الآباء القيام بجولات يفتشون فيها، لعلهم يستطيعون الوقوف على الميعاد الذي يقع فيه التبول اللاإرادي، فإذا استطاعوا الوقوف على هذا الميعاد، وجب أن يوقظوا الطفل وأن ينبهوه تماماً عند ذهابه إلى المرحاض، كما يجب أيضاً أن يوقظوه في الصباح المبكر إذا لزم الأمر، وأن يعنوا بإنشاء سجل يبينون فيه ما أصابه من نجاح ومن إخفاق، وتنفع مثل هذه اللوحة البسيطة لا كسجل فحسب، بل كدلالة ملموسة تثبت للطفل قدر نجاحه.

<table>
<tr><td colspan="3">اسم الطفل ------------------ --------</td><td colspan="4">المدة -------------------------- --------</td></tr>
<tr><td colspan="7">الليالي النظيفة</td></tr>
<tr><td>السبت</td><td>❖</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>الأحد</td><td>❖</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>الاثنين</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>الثلاثاء</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>الأربعاء</td><td>❖</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>الخميس</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>الجمعة</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

وقد نجحت هذه الحيلة في الحالة الآتية:

طفل في السادسة من عمره، لم تصدر عنه أية متاعب حتى بلغ سن الثالثة حين أصيبت إصابة شديدة بالالتهاب الرئوي، وعقب هذا المرض أخذ يتبرز على نفسه ويبول على ملابسه وفراشه، ولازمته هذه الحالة سنتين، لكنه خلال السنة ونصف السنة الماضية لازمه البوال ليلاً فقط، وكان يقع له هذا حوالي خمس ليال في الأسبوع، فكانت أمه كما قالت تضربه وتدعك أنفه في البول، وتحرمه مما يريد وترفض إعطاءه أية ملابس نظيفة مدداً طويلة من الزمن، وتحاول بذلك كله أن تقنعه بأنه يستطيع أن يقلع عن تلليل فراشه.

وكان الطفل كريماً لطيفاً ودوداً يحب الناس ويلعب مع غيره من الصغار، لكنه كان يميل إلى العناد، لا يمكن إقناعه بل يسهل إغراؤه، ولم يكن يخشى شيئاً خاصاً، وكان مولعاً باللعب مع غيره من الأطفال خارج الدار، لكنه كان مع هذا يقضي وقتاً طويلاً مع أخته يلعبان بالدمى.

ولما كان الطفل قد تردد على عدة عيادات سيكلوجية من قبل، فقد استيأست الأم من شفائه، وزعمت أنها قد نفذت كل التعليمات التي نصح بها الأطباء لكن البوال لم ينقطع رغم ذلك.

وكان الصبي كما بدا في العيادة ولداً جذاباً ذكياً، يهتم بما حوله، ويتوق إلى إظهار كفايته في الكتابة والرسم، ويتحدث عن مشكلته حديثاً مكشوفاً صريحاً، دون أن يلوح عليه اضطراب، ويبدي رغبته في التعاون على حلها، وأثبت الفحص الطبي وتحليل البول في المعمل أن جسم الطفل صحيح سليم.

ومن هنا كانت خطة العلاج على المنوال الآتي: أن يكون طعام الطفل بسيطاً خالياً من التوابل والحلوى، ليس به من اللحم إلا قدر معتدل، وأن يتناول عشاءه في الساعة الخامسة، وأن يمتنع عن شرب أي سائل بعد ذلك، وكان عليه أن يذهب إلى فراشه في الساعة السابعة، وأن يؤخذ بعد أن يستيقظ تماماً إلى المرحاض

في الساعة الثامنة والنصف، ثم في الساعة العاشرة، ويترك بعد ذلك نائماً حتى الصباح حيث ينبغي أن يوقظ في الساعة السادسة، وقد أكدنا ضرورة إيقاظ الطفل يقظة تامة، وإشعاره بالغاية من إيقاظه في هذه الأوقات، ونبهنا الأم إلى ضرورة التأكيد من إفراغ بوله في كل مرة، ثم أحضرنا لوحة وأعطيناها للطفل، وشرحنا شرحاً وافياً كيفية الاحتفاظ بهذا السجل والعمل به.

وقد استجاب الطفل لما عليه في البرنامج بحماسة كبيرة، غير أن الأم كانت تشك في جدوى النظام الذي رسمناه للمريض، فعاد إلى العيادة بعد أسبوع، وتبين أن الأم لم تنفذ التعليمات رغم قولها بعكس ذلك، وأنها قد استخدمت بدلاً منها دواء تكثر عنه الإعلانات في الجرائد، ومع هذا فقد ألحفنا عليها بضرورة السير على النظام الذي أشرنا به شهراً، وطلبنا إليها زيارة العيادة مرة كل أسبوع، وعند انتهاء الشهر الأول أبدت الأم سرورها الكبير بتحسن حالة الصبي، وقالت إنها تنسب ذلك إلى اللوحة، ورغبت في الإذن للطفل الأصغر الذي يبلغ الثانية والنصف، بالتردد على العيادة لعلاجه من نفس العلة، وبعد شهر آخر قررت الأم أن البوال قد انقطع تماماً، وأن عبئاً ثقيلاً قد ألقي بذلك عن كاهلها.

ولسنا نود أن نعلق على هذه الحالة إلا بأن نشير إلى اللباقة التي ينبغي التزامها للظفر بتعاون الآباء، ودفعهم إلى الشعور بأنهم رغم ما حاولوا من أشكال العلاج في المرات السالفة فلعلهم لم ينفذوا البتة خطة تعالج كل مظاهر الحالة، وقد كان البوال في الحالة السالفة بسيطاً لم يزده تعقيداً أي عرض عصبي أو أية عادات كريهة، وكانت الحماسة التي أبداها الطفل في الاحتفاظ باللوحة أمراً في نفسه يدعو إلى الرجاء من ناحية التنبؤ بسير الحالة.

ونحن إذ نحاول ألا نبعث انفعالاً مكدراً مقيماً بإزاء عادة البول، نخاطر بالاستهانة بها استهانة تبعث الطفل إلى الشعور بألا تبعة عليه في القضاء عليها، والطفل كفيل باتخاذ تلك الفكرة إذا ترامى إلى سمعه قول أمه هي وغيرها من أعضاء الأسرة بأنه قد ورث هذه العلة، وأن كليتيه ضعيفتان لا فائدة من

إصلاحهما، "وأنه سوف يتخلى عن هذه العادة مع الزمن حين يكبر، كما وقع لي، لكننا ينبغي في الوقت الحاضر أن نخفف عليه المسألة، يا قلبي عليه!" حتى لقد بلغ من إسراف إحدى الأمهات في حنانها أن كانت تغير فراش ابنها وهو مستغرق في نومه، أملاً منها أن يعتقد في الصباح التالي أنه قد بقي جافاً طوال الليل.

ويتعرض كثير من الأطفال لخطر التخفف من مسؤوليتهم عن هذه المشكلة على منوال يخالف ذلك تماماً، ويكون ذلك إذا شعر الطفل بأن من يعنون بمشكلة بواله يبلغون من الكثرة حداً لا يترك له سوى أقل نصيب للمساهمة في علاجها، فهو يرى أن " بابا وماما " يبذلان حقاً كل ما يستطيعان، وأنه لم يعد في استطاعتهما القيام بشيء أكثر من هذا، و " دادة " تواصل التفكير في هذه المسألة، وأنها تبعاً لأوامر الطبيب تلتمس أبداً ما يجدي في علاج حاله وقد رفع السرير من ناحية القدمين وأنقصت السوائل، وانتقى الطعام انتقاء دقيقاً، وهم يوقظونه في كل المواعيد للذهاب إلى المرحاض، وقد نفذوا ما أشار به الطبيب بدقة، وجربوا إلى ذلك حيلاً أخرى، لكنه لم يكن في هذا كله نفع أو جدوى، فقد أهمل من العلاج أهم مظاهره، ذلك لأن الطفل لم يؤمن بأن البوال إنما هو مشكلته الخاصة به وأن مسؤولية أبويه ومربيته وأطبائه لا تتعدى تقديم العون له إذا هو حزم أمره للتخلص من تلك العادة.

كان الطفل صبياً حسن النمو فارع البدن يبلغ من العمر ثماني سنوات، ينتمي إلى أسرة عريقة ذات مكانة ممتازة من الناحيتين المالية والاجتماعية، وكان هذا الصبي يعاني طوال حياته البوال ليلاً وأثناء القيلولة، لا ينقطع عنه سوى فترات قصار تتفاوت من بضعة أيام إلى ثلاثة أسابيع.

عالجه من قبل طبيب ذائع الصيت لم يعثر على اي سبب بدني لما يعانيه الصبي، فاستخدام معه كل طريقة ممكنة تستعمل عادة في مثل هذه الحالات، ورغماً عن استخدام ممرضة خاصة، ورغماً عن اللوحات والنجوم والأدوية وغسيل المثانية، وأشكال الثواب والعقاب، واصل الصبي تبليل سريره كل ليلة تقريباً، وهكذا

حاولوا معه كل طريقة تخطر على البال واحدة فواحدة، ثم مجتمعة بعضها إلى بعض، فلم يبق لنا بعد هذا كله، إلا أن نشير بشيء واحد لم يخفق بعد، هو أن تهمل المسألة ويغفل أمرها، ورأينا الصبي مرتين دون أن نشير إلى بواله فتحدث عن عمله بالمدرسة، وعن حياته اليومية، وسرد لنا آماله وأمانيه وكيف يرجو الوصول إليهما، وهكذا تشعب بنا الحديث في كل ناحية يشغف بها الصبي، ما عدا بواله في الفراش، وفي نفس الوقت كانت كل طرق العلاج قد أوقفت دون أي تعليق، وفي الزيارة الثالثة انفجر الصبي قائلاً للطبيب: " كنت أظن أنك سوف تعالجني من تبليل الفراش، وها أنت لم تشر إلى الموضوع أية إشارة "، فرد الطبيب في هدوء وعدم اكتراث قائلاً: "لقد كدت أنسى ذلك، وها أنت الآن تتكلم عن المسألة، وإني لأذكر أن أمك قد حدثتني عن ذلك من قبل، غير أنه من الطبيعي أن هذا الأمر من شأنك وحدك، فكل صبي يصل إلى ما وصلت إليه من تفوق في الفصل، ويلعب كرة القدم، ويركب الخيل كالرجال، ويكون له هذا العدد الكبير من الأصدقاء والصحاب، ويصطحب بهذه السرعة مع الناس، أقول إن صبياً هذا شأنه يستطيع بسهولة أن يتغلب على البوال، فهو عادة بسيطة يمكن الإقلاع عنها حال التصميم على القضاء عليها، ولن تستطيع الأدوية أو اللوحات أو الأطباء أن يجنبوك إياها إلا أن تحزم أنت أمرك وتنوي ذلك".

وانتهى حديثنا عن هذه المسألة عند هذا الحد، ثم انتقل إلى الحديث عن أحسن زاوية تقذف منها الكرة فتصيب المرمى، وطلبت إلى الصبي أن يعود بعد أسبوع، فكانت أول عبارة تفوه بها عند عودته أن قال: " لم أبلل فراشي منذ زيارتي الأخيرة "، وبصرف النظر عن مرة طارئة، واصل الطفل ضبط بوله، وهكذا يتبين أن الوسيلة الوحيدة في هذه الحالة بالذات لم تكن إلا إلقاء المسؤولية على الطفل، وأن هذه الوسيلة قد نجحت نجاحاً تاماً.

وفيما يمكن أن يسمى " بالحديث العلاجي إلى الطفل " يلزم أن نبين له في جلاء وفي دقة كافة الأسباب التي تدعو إلى تغلبه على العادة، وأن نشعره في عين الوقت بواسطة الإيحاء، أنه يستطيع القيام بهذه المهمة، وينبغي أن يبعث فيه اليقين

بواسطة التكرار أنا نثق كل الثقة في نجاحه، وكثيراً ما يكون خير من يستطيع القيام بهذا الشكل من الإيحاء شخص غريب عن الأسرة كأن يكون الطبيب الذي يثق به الطفل، وينبغي ألا نعين للطفل غاية من الكمال فإذا كان يبول في فراشه كل ليلة فلنفهمه أنه لو استطاع ألا يبلل فراشه ثلاث ليال في الأسبوع كان هذا نجاحاً كبيراً في الأسبوع الأول، فإذا هو نجح في ذلك ثلاث مرات أو أربع مرات شرع في الأسبوع الثاني بحماسة كبيرة تفعم نفسه لا تعادلها حماسته لو أنه كان قد لاقى الإخفاق منذ مطلع محاولاته.

ومن أشكال الإيحاء الأخرى التي تستطيع الأم أن تستخدمها والتي تنفع كثيراً في العلاج، أن تجلس إلى فراش ابنها عقب ذهابه إلى السرير في المساء، وأن تدفعه إلى تكرار مثل هذه الجملة مرة بعد أخرى، " سريري نظيف في الصبح "، وأن تخبره عن فائدة الاستيقاظ جافاً، وعن المتعة التي سوف يشعر بها طول النهار إذا انتصر في تلك المعركة خلال الليل، فإن ذلك كله يدفع إلى الإبقاء على أهمية النظافة في عقل الطفل، ويحتمل أن تؤدي هذه الروابط إلى وضوح أثر الإحساسات التي تصدر عن المثانة في الذهن فتزيد من انتباه الطفل إلى حاجته لصرف بوله.

(2–25) مشاكل الأكل:

إن تدريب الطفل على العادات السليمة الواجب اتباعها في الأكل والنوم والإخراج، يعتبر من أهم الأسس التي تقوم عليها صحته النفسية والبدنية، ففي هذه العمليات الفسيولوجية البسيطة تقع الأخطاء المبدئية في تربية الطفل، إما بإهمال أهميتها إهمالاً تاماً، أو بالمبالغة في الاضطراب والقلق من ناحية الصعوبات التي تنجم عنها.

وتثبت كثير من التجارب أن العادات غير مرغوبة واضطرابات الشخصية في مطلع المراهقة، وثيقة الصلة ببداية عجز الطفل عن إجادة هذه العادات الأساسية الثلاث وهي: الأكل والنوم والإخراج، التي تتصل اتصالاً مباشراً بحياة الطفل

العضوية، لذلك كان من أهم ما يؤدي إلى توافق الطفل ورفاهيته في مستقبل أيامه، وإلى اطمئنان الوالدين ورضاهما أن يعني الآباء بهذه العادات عناية فائقة.

وهنا نجد أن مشكلة تغذية الطفل تعتبر من أكبر المشاكل التي يجب أن يعمل الوالدان على مواجهتهما بحكمة، ومن ثم يجب أن يقوم الوالدان بتقديم الغذاء الملائم للطفل، ومعاونته على تكوين عادات حسنة تتعلق بوقت وطريقة تناول الطعام.

وثمة صلة وثيقة بين حياة الطفل الانفعالية وحالته الجسمية، فقد أثبت في البحث الفسيولوجي ما يعقب الانفعالات المختلفة كالخوف والغضب والسورة من أثر مباشر على عملية هضم الطعام، فالطفل لا يستطيع أن يهضم الطعام أو يتمثله إذا غضب أو استشعر الوحدة أو اشتد انفعاله في اللعب أو انتابه حالة من الخوف والفزع، وبالتالي قد يتمخض عن ذلك ضعف شهية الطفل.

ويبدي بعض الآباء قلقاً زائداً على صحة ابنهم الذي تظهر عليه أمراض ضعف الشهية التي هي دالة لضعف الصحة، إذ أن الشهية تعتبر عادة عنواناً لصحة الفرد، كذلك أدى الاهتمام بتقنين أوزان الأطفال وأطوالهم إثارة القلق في نفوس كثير من الأمهات.

إن الصحة النفسية والجسمية للطفل لا يمكن ضمانها، إذا أثار أي شذوذ في تناول الطعام سواء بالكلام أو بالفعل، رداً انفعالياً في الوالدين يدفعهما إلى الغضب والسخط، أو إلى الإسراف في الرعاية والقلق، ومن ذلك أن بعض الأمهات يلجأن إلى أساليب شتى لإغراء الطفل بتناول الطعام، فمثلاً لكي تدفع الأم الطفل إلى تناول الطعام فإنها تجلس بجانبه لتحببه فيه، وقد تعرض عليه صوراً جميلة، أو تقص عليه حكايات، بل قد تتبعه في أركان المنزل، وتلاحقه في الشارع تغريه بشتى أصناف الطعام، وإذا أراد أن يلعب خارج الدار تعقبته على درجات السلم تعطيه غذاءه.

وهكذا نجد أن اتجاه الآباء نحو مواقف التغذية للأبناء يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصعوبات التي يلاقيها الأطفال في الأكل، ويتطلب معالجة هذه الصعوبات ضرورة العمل على تغيير هذه الاتجاهات غير السليمة لدى الآباء.

وفي الواقع أن رغبة الطفل في الطعام تتغير كثيراً، وأنه من الصعوبة بمكان أن نضع المعايير الدقيقة لغذاء الطفل على الرغم من أن الإقبال على الطعام يعتبر دليلاً قوياً نتعرف منه على صحة الطفل العامة، إن شهية كل فرد محكومة على الدوام بما يشعر به من صحة، وبنوع العمل الذي يؤديه أو بالمجهود الذي يبذله، وبالحالة البدنية والانفعالية عند تناول الطعام.

وكثيراً ما يؤدي قلق الآباء على بعض المسائل التافهة من التعجيل بصعوبات التغذية في الطفل وتثبيتها عنده، وتؤدي انفعالات الآباء إلى المبالغة فيما لمسألة التغذية من أهمية، ويمكن ملاحظة ذلك بوضوح في حالة الطفلة التي كانت تبلغ من العمر ست سنوات، كانت أمها قد ماتت بمرض الرئة، فتملك أباها خوف دائم مروع من أن تكون الطفلة قد أصيبت بنفس العلة، الأمر الذي دفعه على إرغام الطفلة على تناول كميات كبيرة من الطعام، في حزم شديد خلع على المنزل جواً من الجفاف أفقد الطفلة شهيتها، فكانت تزدرد الطعام ازدراداً خشية من ثورة غضب أبيها، أو كانت تمتنع عن الطعام فلا تبتلع لقمة واحدة دون إغراء أو رشوة، وتعمل جاهدة أثناء تناول وجبة الطعام على أن تجتذب عطف ورعاية والدها، وتفرض نفسها عليها، كأن يجلس لإطعامها، أو يقص عليها الأقاصيص أو غير ذلك.

ومن هذا نستنتج أن الوالدين يجب ألا يندفعا في إظهار حنانهما وقلقهما على غذاء الطفل، وألا يبالغا في ذلك.

ومن المشكلات المتعلقة بالأكل: القيء، وأسباب القيء عند الأطفال كثيرة ومتنوعة، منها شدة الانفعالات والتوتر، ولذلك فإنه بالإضافة إلى التحقق من عدم وجود أية علة جسمية، فإنه ينبغي أن نلم بتاريخ الطفل وبيئته حتى نستطيع

الوقوف على الظروف التي أدت إلى تكوين عادة القيء، ومن ذلك أن التجاء بعض الأمهات إلى إرغام الطفل على تناول كميات معينة من الطعام، قد يؤدي إلى اضطراب في العملية الفسيولوجية التي تشمل استبقاء الطعام وهضمه الأمر، الذي قد يؤدي إلى عملية القيء بطريقة لا إرادية.

كذلك قد يحدث القيء أيضاً كذيل لمرض من الأمراض، لم يكن القيء سوى أحد أعراضه التي بقيت طويلاً بعد القضاء على علتها الجسمية أو التخلص منها، فالطفل إذا مرض شعر بأن له مكانة كبيرة في الأسرة، وأنه موضع اهتمام الجميع وعطفهم، وطالما ان الأطفال يحبون دائماً أن تكون لهم مكانة كبيرة في الأسرة، فإنه من الصعب عليهم أن يتخلوا عن مركزهم الذي كانوا يتمتعون به إبان مرضهم، أو يتعلقون ببعض أعراض المرض حتى يظلوا دائماً محط رعاية واهتمام الأسرة، ومن هنا قد يكون القيء هو أحد هذه الأعراض التي ظلوا يتمسكون بها للحصول على تلك المكانة الممتازة في الأسرة.

كذلك قد يكون من أسباب القيء لدى الأطفال تقليدهم لغيرهم، أو قد يصل الأمر ببعض الأطفال المرهفي الحس إلى حد من الدقة لا يستطيعون معه عند رؤية غيرهم أو سماعهم يقيئون، إلا أن يقذفوا الطعام من أجوافهم.

ومما لا شك فيه أن الحالة العقلية للطفل أثناء أوقات الأكل، لها أثر كبير في تكوين العادات الحسنة في تناول الطعام، ومن هنا كان ينبغي أن نبعث في نفسه السرور والاطمئنان والهدوء النفسي، فمثلاً ينبغي أن نساعد الطفل على أن يستريح قليلاً قبل تناول الطعام، إذ انه لا يرجى أن ينصرف الطفل إلى الطعام إذا دعي إليه من لعبة أو مهمة شديدة التسلية، قدر انصرافه إليه إذا كان الطعام هو العمل الوحيد الذي يشغل فكره عند تناوله.

كذلك يجب أن يدرك الآباء أنه ليس هناك ما يفسد جهودهم في تكوين عادات الأكل الطيبة في صغارهم أكثر من أن يدرك الطفل شدة الاهتمام الذي

يبدو منهم فيما يتعلق بذلك، فلا ينبغي إرغامه على تناول الطعام أو ألوان معينة منه، أو التحدث في ذلك مع الآخرين في حضوره.

ومن الضروري تبصير الطفل أن بعض أصناف الغذاء لازمة له حتى ينمو ويصير شخصاً راشداً، ولا داعي للإلحاح في إرغامه بل يكفي إرشاده في المرة الواحدة، فلن يلحقه إلا ضرر تافه إذا فقد إحدى وجباته بين الحين والحين، ولا بأس من استشارته بين الحين والحين عما يفضل من ألوان الطعام، على ألا يشعر البتة بأنه حر في إملاء رغبته فيما يريد وما لا يريد.

إن طعام الطفل ينبغي أن يكون بسيطاً مغذياً سهل الهضم، وأن يقدم إليه بكميات صغيرة، كذلك يجب مراعاة الانتظام في تقديم الطعام للطفل، وألا نستعجل الطفل أثناء الطعام وألا نترك له من الوقت ما يشجعه على العبث.

وصفوة القول إن الطفل الذي يتعلم منذ صغره تناول طعامه في شهية حسنة مهما كان نوعه، سوف يتخلص بذلك من كثير من العناء والضيق في مستقبل حياته.

الفصل الثالث

المشكلات السلوكية

الفصل الثالث
المشكلات السلوكية

(3 – 1) المشكلات السلوكية:

أ. السرقة:

قد يهمل بعض الآباء أهمية العمل على تكوين اتجاه إيجابي قوي نحو الأمانة في الأطفال، فيلاحظ أن بعض الآباء كثيراً ما لا يحفلون ببعض العادات والميول الخاصة في تلك السن المبكرة، وهذا من شأنه أن يمهد الطريق إلى تكوين اتجاه سلبي نحو الأمانة لدى الأطفال، فالطفل الذي لم يدرب في محيط الأسرة على أن يفرق بين خصوصياته وخصوصيات غيره، وعلى أن يعرف ما له من حقوق وما عليه من واجبات، فإن من الصعب عليه في مستقبل أيامه أن يميز بين ما يحق له وما لا يحق له، ويكون أكثر ميلاً إلى الاعتداء على حقوق غيره.

ويرغب الطفل دائماً في أن يقتني كثيراً من الأشياء، ويدعي ملكيتها، إلا أنه مع تطور نموه يدرك أن هناك بعض الأشياء محرمة عليه لأنها من خصوصيات غيره، وهنا نجد أنه لزاماً على الآباء أن يلعموا الطفل ويغرسوا فيه نفسه اتجاهاً إيجابياً بأن الاعتداء على أملاك غيره هو من الصفات اللااجتماعية والتي تأباها القوانين والأخلاق، وأن هذا الاعتداء سوف يوصم بالسرقة أمام الناس، كما يجب ألا يقوم الآباء بتبرير موقف أبنائهم الذين قد لا يحفلون بحقوق الآخرين، على اعتبار أن هؤلاء الأبناء لا زالوا أطفالاً أو أن ما يأخذونه إنما هو من الأسرة لا من أحد خارجها، ويفوتهم أن ما يتعلمه الطفل في الأسرة سوف ينتقل أثره إلى المجتمع.

ومن الأساليب التي تساعد على تكوين اتجاه سلبي نحو السرقة، وعلى تكوين اتجاه إيجابي نحو الأمانة، تبصير الطفل بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية الواجب مراعاتها، وليس أجدى في تحقيق هذا من احترام حقوق الطفل

فيما يملك من أدوات خاصة، ومن تخويله حق التصرف المشروع في ذلك، فمثلاً لا ينبغي أن نتصرف في ملابسه أو لعبه أو كتبه أو نقوده وغير ذلك، دون رضاه وموافقته.

ويمتص الأطفال من آبائهم موقفهم من احترام حقوق الآخرين، فإذا كانت تصرفات الآباء في ذلك تنم عن اتجاه إيجابي قوي نحو الأمانة، تشربه الأطفال منهم، أما إذا أظهر الآباء نوعاً من اللامبالاة بحقوق الغير، فإن ذلك من شأنه أن ينتقل إلى الأبناء.

ومن الوسائل التي تساعد كذلك على تكوين ذلك الاتجاه الإيجابي نحو الأمانة هو العمل على تكوين عادات احترام الملكية في الطفل، وأن أي خرق لذلك لا بد أن يعتبر مخالفة وعصياناً، وإذا كان الطفل ينزع إلى الحصول على كل ما قد يحقق له اللذة، وأن يعمل على امتلاك كل ما قد يقع تحت يديه، فإن العمل على التبكير في غرس ذلك الاتجاه في نفوسهم من شأنه أن يعودهم ويبصرهم بأهمية الأمانة.

ومع ذلك فمن واجب الآباء أن يتناولوا تكوين ذلك الاتجاه بشيء من الحكمة والمرونة، فمثلاً يجب ألا يهولوا ويجسموا مما قد يلجأ إليه الأطفال أحياناً من الاعتداء على حقوق الغير، أو أن يسطو الطفل على طعام أو حلوى أو غير ذلك من الأشياء الصغيرة، إن بعض الآباء قد يلجؤون في ذلك إلى أشد الأساليب عنفاً، ويحاولون أن يضربوا الذلة والمهانة وأن يوقعوا العقاب الشديد على الطفل جزاء على ما اقترف، كذلك قد يقف بعض الآباء موقف المدافع عن ابنهم وينفون عنه أي تهمة تسيء إلى أمانته، وينكرون وقوع ذلك إنكاراً تاماً، وكلا هذان الأسلوبان لا يساعدان على تكوين اتجاه الأمانة بطريقة سليمة.

أما الدوافع الشائعة التي تؤدي إلى السرقة، فهي عديدة، فقد يلجأ الطفل إلى سرقة شيء محروم منه وليس في مقدوره أو مقدور أهله الحصول عليه، أو يعرف

أنه شيء محرم لا يمكن الحصول عليه إلا بالسرقة، فالدافع في مثل هذه الحالات هو محاولة إشباع بعض حاجاته، وقد يكون الدافع إلى السرقة هو الرغبة في الانتقام من الآخرين، فمثلاً جاء على لسان أحد الأطفال: " إن أحداً لا يحبني، ولست أدري ما السبب في ذلك، إن زملائي كثيراً ما يعتدون علي بالضرب والكيد ويهزؤون مني، لهذا فإني لم أسرق إلا من الذين يغيظونني وممن يكرهونني!!! ".

وقد تكون الغيرة سبباً غير مباشر للسرقة، فمثلاً قد يلجأ بعض الأطفال إلى محاولة سرقة بعض الأشياء التي قد يقتنيها غيرهم ولا يستطيعون هم الحصول عليها.

وقد يكون الدافع إلى السرقة هو الرغبة في تأكيد الذات وسط جماعة الزملاء، فالسرقة عند مثل هؤلاء الأطفال وسيلة يستشعرون بها القوة والسطوة.

ومشاعر النقص والدونية قد تدفع بعض الأطفال إلى السرقة، فمثلاً الطفل الذي يشعر أنه دون زملائه مكانة اجتماعية أو علمية، قد يلجأ إلى أن يعوض ذلك بالظهور بمظهر الشخص الكريم، ويعمل على كسب شهرة وسط زملائه بتموينهم ببعض الحلوى واللعب وسد النفقات اللازمة لنشاطهم، ويلجأ إلى السرقة في سبيل الحصول على ذلك.

وقد يكون انخفاض مستوى الذكاء لدى بعض الأطفال من العوامل التي تدفعهم إلى طريق السرقة، لأن هؤلاء الأطفال يكونون قد عجزوا عن النجاح في النواحي التي تتفق وأوضاع المجتمع، ويتم إصلاح هذا العوج فيهم بتوجيه نشاطهم وجهة اجتماعية مقبولة، وخاصة إذا عملنا على التبكير في معالجة مثل هذه المشكلات قبل أن تصير عادة.

وفي الواقع أنه طالما أن دوافع السرقة عديدة ومتباينة، فإن أهم ما ينبغي عمله لحل هذه المشكلة، مثلها في ذلك مثل مشكلات السلوك الأخرى في الأطفال، أن نقف على الغاية التي تحققها السرقة في حياة الطفل الانفعالية، وأن نبذل

عندئذ ما استطعنا من جهد لعون الطفل على إشباع هذه الرغبة الانفعالية على وجه يرضاه هو ويقبله المجتمع، ويجب أن يعمل الوالدان على ألا تحقق السرقة ما كان ينشده منها الطفل، كذلك ينبغي – كما سبق أن ذكرنا – ألا نهون من الذنب أو نعمل على إخفائه حماية للطفل أو لسمعة أهله، بيد أنه ينبغي كذلك عدم إشعار الطفل بالإذلال والمهانة بل تشجيعه على مواجهة المشكلة في صراحة وموضوعية.

ب. الكذب:

إن الإمانة في ذكر الحقيقة كالأمانة بشأن أملاك الآخرين، هي اتجاه يكتسب من البيئة التي يعيش فيها الطفل ويتفاعل معها، نتيجة ما يتاح له من فرص ومواقف يتدرب فيها على تمييز الوقائع، والتعرف على الحقيقة، وأهمية الصدق فيما يقول وما يفعل، كذلك نعمل على ألا يمر بمواقف يكون الكذب والخداع هما الوسيلة لتحقيق مآربه.

إن الطفل يمتص اتجاه الصدق من الكبار المحيطين به إذا ما كانوا يلتزمون في أقوالهم وأفعالهم حدود الصدق المرعية، ويوفون دائماً بما يعدون به، ولكن إذا نشأ الطفل في بيئة تقوم على الخداع وعدم المصارحة، وإظهار التشكك في صدق الآخرين، فأكبر الظن أن مثل هذا الجو سوف لا يعمل على تكوين اتجاه الصدق، لأن الطفل سوف يدرك أن وسيلته لتحقيق أهدافه هي الكذب والطرق الملتوية والغش والخداع وانتحال المعاذير الواهية، وينبغي أن نضع في اعتبارنا أن الطفل في مقدوره تماماً أن يفرق بين ما هو كاذب وما هو صادق، ومن هنا كان على الآباء أن يلتزموا حدود الصدق والأمانة مع أولادهم قولاً وفعلاً، حتى يكونوا بذلك قدوة حسنة أمامهم.

وتؤدي مشاعر النقص لدى بعض الأطفال إلى الكذب والمبالغة، وهم يلجؤون إلى ذلك الأسلوب تعويضاً عن عجزهم وقصورهم عن التوافق مع زملائهم، وعلاج

مثل هذه الحالات يقوم أساساً على تبصير الطفل بأهمية الأمانة والصدق فيما يقوله ويفعله، وليس أجدى من أسلوب التشجيع والتوجيه في علاج هذه المواقف، وأن توجه جهودهم نحو القيام بالأمور والأعباء التي تقع في نطاق قدرتهم، حتى يستشعروا النجاح ويخبروه في حياتهم اليومية.

كذلك قد يكون الكذب وسيلة يلجأ إليها الطفل خوفاً من العقاب أو توقع وقوعه، وخاصة إذا كان العقاب مطرداً قاسياً لا يتناسب مع ما يتطلبه الموقف، وهنا ينبغي أن نعمل على أن يدرك الطفل بخبرته أن قول الصدق يجدي عليه نتيجة لما يناله من ثواب، ويعرف إلى جانب ذلك أن هناك عقاباً إذا عاود أسلوب الكذب.

ويلاحظ أن بعض الآباء قد يلجؤون إلى أن يزجوا بأبنائهم في مواقف يضطرون فيها إلى الكذب، وهذا لا يتفق مع الحكمة والعدالة في تربية الأبناء، لأن الطفل يشعر أنه قد أرغم فعلاً على الكذب، وعلى العكس من ذلك، فإن من الأفضل كثيراً أن يشعر الطفل بحرية الاختيار بين الصدق والكذب، حتى يخبر ما لاتباع أسلوب الكذب من نتائج لا يرضاها هو نفسه ولا يقرها المجتمع.

وقد يؤدي قلق الوالدين على محاولة تنشئة الطفل على الصدق، إلى المبالغة في كل عبارة يذكرها الطفل وكل فعل يصدر عنه وإلى التضييق عليه في كل صغيرة وكبيرة حتى يتمشى مع ما ينشدونه فيه من صدق، وهذا الأسلوب الصارم لا يجدي كثيراً في الإقلاع عن الكذب الذي لا يجد الطفل مفراً من اللجوء إليه، كمحاولة للظهور بالمظهر الذي يرغبه الوالدان.

وثمة حقيقة ينبغي أن يعيها الآباء والكبار المحيطون بالطفل، وهي أن الطفل يمر بفترة طويلة قبل أن يستطيع التفرقة بين الحقيقة والخيال، وأنه كثيراً ما يلجأ إلى أحلام اليقظة تعبيراً عما يجيش في نفوسهم من مآل ورغبات لا يمكن الإفصاح عنها إلا في عالم الخيال، وهنا نجد أن من الحكمة الا نمنعه عن مثل هذا النوع من التفكير، وأن نهيء له الفرص التي يستطيع فيها أن يفصح عن نفسه،

ولكن إلى جانب ذلك نساعده على التفرقة بين عالم الواقع وعالم الخيال، وأن يدرك ما للحقيقة من أهمية في حياتهم اليومية وفي مكانتهم الاجتماعية.

ج. الجولان:

إن مشكلة الجولان ليست مشكلة كبيرة أو خطيرة، إذ يلاحظ أن كثيراً من الأطفال يولعون بالتطواف والتنقل أو الجولان Truancy في الطرقات والشوارع، يدفعهم إلى ذلك روح المغامرة ومحاولة اكتشاف آفاق أبعد من العالم الذي يتحركون فيه.

إن بعض الأطفال لا يجدون في بيئتهم ما يشبع رغباتهم وميولهم القوية، ولذلك يسعون وراء بيئة أكثر إشباعاً لحياتهم الانفعالية، فمثلاً قد يلجأ الطفل إلى الجولان سعياً وراء أماكن يستمتع فيها بالهواء الطلق أو بين أحضان الحقول أو على البحر أو في الشوارع والميادين الجميلة، كوسيلة تعويضه عمّا يفتقده في بيئته، ولذلك فإنه من اللازم أن نهيء له في بيئته ما يجذبه إليها، وإلا هجرها والتمس المتعة بعيداً عنها، بل وأن نعمل على أن نبذل كل جهد لاجتذاب الطفل إلى البيت وإلى ما يحيط به، وأن نستعين في هذا بالأندية والملاعب ما إليها، ومن الأساليب المجدية في سبيل تحقيق ذلك هو أن يرافق الآباء في بعض الأحايين أبنائهم حتى يرشدوهم ويوجهوهم فيما يولعون به من مغامرات، وكثيراً ما تكون قصص المغامرات منفذاً يشبع انفعالات الطفل ويصرفه عن التجوال.

وتؤدي المواقف التي يشعر فيها الطفل بالفشل أو توقع العقاب إلى دفع الطفل إلى التطواف والتجوال، فمثلاً الطفل الذي يعاني من صعوبات في مواقف الحياة المدرسية، يلجأ إلى ذلك لتجنب الذهاب إلى المدرسة، كذلك الطفل الذي يتوقع دائماً العقاب من والديه على كل كبيرة وصغيرة تصدر منه، فإن خوفه من العقاب كثيراً ما يكون عاملاً هاماً في دفعه إلى التجوال.

(3 – 2) دراسة لبعض المشكلات الانفعالية:

أ. الغيرة:

الغيرة شعور مؤلم ينتج عن أي اعتراض أو محاولة لإحباط ما نبذله من جهد للحصول على شيء مرغوب فيه، وهذا الانفعال يلازمه شعور بجرح وحط لعزة النفس، كما أنها لا تثير في الطفل الغضب والحقد والشعور بالقصور فحسب، بل إنها تؤدي إلى سوء التكيف بين الفرد وبيئته، وإلى وقوعه نهباً للصراع.

والغيرة بين السنة الأولى والخامسة من العمر انفعال سوي شائع بين كثرة الأطفال، غير أنه كثيراً ما يتطرف هذا الانفعال ويطغى على الشخصية طغياناً يؤدي إلى عسر شديد في توافق الفرد مع مجتمعه.

وتؤدي الغيرة إلى أضرار سيئة بصحة الطفل النفسية، فقد تؤدي إلى شعوره بالعجز والقصور، وتملئ نفسه بالشكوك والأوهام، وتعوزه الثقة، ويظن نفسه عاجزاً عن مواجهة أي موقف يتطلب جانباً من الثقة بالنفس، إن الطفل الغيور لا يستقر على حال ولا يشعر بالراحة والهناء يختزن أحزانه ويبالغ فيها، حتى يؤدي به شعوره إلى الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل ضده، بل كثيراً ما يكون سوء العلاقات العائلية راجعاً إلى أشكال الغيرة التي نشأت بين أفرادها في مطالع الحياة.

ويؤكد علماء النفس أن كل الناس على حظ ولو ضئيل من الغيرة، فلولا ذلك ما قام التنافس والاجتهاد بين الأفراد، بل الجماعات أيضاً، ولكن المشكلة مشكلة كمية، فإذا زاد انفعال الغيرة عن الحد المألوف كانت من عوامل الشقاء والتعاسة.

وتختلف أسباب الغيرة باختلاف مراحل نمو الطفل، ففي خلال السنوات التي تسبق ذهاب الطفل إلى المدرسة، أي في الفترة التي تسبق سن السادسة، نلاحظ أن الكثيرين من الأطفال يقومون بنوع من السلوك يدل على الغيرة، إن الطفل

بطبعه ميال دائماً إلى أن يكون موضع انتباه ورعاية ومحبة والديه، فإذا تصادف أن شاركه طفل آخر هذه المحبة فإنه يشعر بأنه مهدد، وهذا الشعور من شأنه أن يجعل الطفل ميالاً إلى الاعتداء على ذلك الدخيل الذي شاركه محبة والديه، ويأخذ هذا الاعتداء مظاهر عدة منها جذب شعره أو ضربه أو إيقاع الأذى به، وما هذه إلا مظاهر يعبر بها الطفل عن غيرته.

ومن الممكن أن نمنع نشوء الغيرة تجاه الوليد الجديد إذا صارحنا الطفل بأن عليه أن يتوقع أختاً أو أخاً جديداً، وأن نحدثه عن الميزات والمتعة التي سوف يجدها مع صديقه أو زميله المقبل حين يلعبان ويمرحان، ولكن علينا أن ندلي إليه في صراحة بما سوف يلقى عليه من تبعات ينبغي عليه القيام بها، وعندئذ فقط نجده يتطلع إلى هذه المفاجأة في صبر نافذ، وشغف ملموس واضح، فإذا نحن أحسنا التصرف – بصدد ما قد يكون أسوأ خبرة تمر بالطفل – صارت هذه الخبرة مدعاة لسروره الحق، وأخذ هو يتطلع إلى صحبة زميله الجديد في اللعب أو إلى هذا المخلوق الذي سوف يكون عليه أن يحميه ويُعنى به، وإذا حدث أن أصبح الطفل غيوراً من الوليد الجديد، فلا ينبغي أن نزيد غيرته بالإغاظة، أو بالنظر إليها على أنها مبعث للفكاهة والتندر، بل ينبغي أن يصطنع الآباء عدة أساليب مليئة بالرفق واللباقة لإقناع الطفل بأنه ما زال محلاً للعطف والرعاية، وأنه لا يزال عضواً في العائلة له مكانته وتقديره.

ومن الأسباب الأخرى التي تولد الغيرة في الصغار تعلق أحد الأطفال بأمه أو بأبيه، وتوجه الغيرة في هذه الحالات نحو الأب أو الأم أو نحو أي فرد آخر، ومن الأمثلة المشهورة على ذلك ما ذكره (فوستر) في كتابه " الصحة العقلية ": والمثال الأول لطفلة صغيرة متعلقة إلى حد كبير بأمها، ولذا فقد كانت تشعر بغيرة شديدة عندما كان أبوها يظهر عطفاً ومحبة نحو أمها، أما المثال الثاني فخاص بطفل كان إذا رأى أمه منشغلة عنه بالحديث مع إحدى جيرانها كان يحدث ضوضاء وجلبة في المنزل، وفي بعض الظروف الأخرى كان يكيل اللكمات لهذه السيدة ثم يجري بعيداً عنها.

تلك هي أسباب الغيرة في السنوات التي تسبق الذهاب إلى المدرسة، وعندما يكبر الطفل نجد أن أسباب الغيرة تأخذ في التنوع، ومن هذه الأسباب الجديدة شعور الطفل بالغيرة ممن يفوقونه في اللعب أو في التحصيل الدراسي، كذلك نجد أن الغيرة كثيراً ما تنهش الطفل إذا واصلنا المديح والثناء على أخ له أو أخت، وأخذنا نتحدث عن إخوته كأنهم نماذج تحتذى، أو أغرقنا في الإشارة إلى عجز الطفل الغيور وعيوبه، إذ ليس هناك ما هو أكثر إيذاء وتدميراً من السخرية بالطفل ومقدرته وموازنتها بمقدرة طفل آخر، لأن ذلك يبعث في نفسه شعوراً بالمرارة والحقد.

أما الطريقة التي يعبر بها الأطفال عن شعورهم بالغيرة فتختلف اختلافاً كبيراً، ويحدد هذا الاختلاف درجة نضج الطفل العقلي وخبراته، فمثلاً في العامين الأولين من حياة الطفل فإنه يعبر عن انفعال الغيرة بالصياح وإحداث الجلبة والضوضاء، وإذا ما تقدم به العمر بقليل فإنه يعبر عن غيرته من إخوته بالاعتداء عليهم، وبعد ذلك نجد شعوره بالغيرة يأخذ مظهراً جديداً، يكون على شكل مضايقة وإغاظة الغير، أو إظهار الضيق والتبرم ممن يسبب له هذا الشعور، وعندما يبلغ من العمر عشر سنوات نجد أن شعور الغيرة يكون على شكل التجسس أو الإيقاع أو الوشاية بالشخص الذي يغار منه، ويستعمل الأطفال فيما بين العاشرة والثانية عشرة هذه الأساليب بكثرة.

ولما كان نشوء الغيرة عند الطفل مرتبط بالأنانية، فإنه يجب علينا أن نعلمه أن عليه واجبات معينة إزاء عائلته، ثم بعد ذلك إزاء الجماعة التي يعيش فيها، وأنه إذا ركز كل اهتمامه حول نفسه لن ينال احترام وتقدير الجماعة، يجب علينا إذن أن نعلمه كيف يشاطر غيره من الأطفال في لعبه وفيما يملكه من كتب وأدوات وغير ذلك، وأن يتعلم في العابه كيف يعمل في سبيل المجموع، وأن يعترف بخطأه ويبتسم للهزيمة، إننا ينبغي أن نعلمه أن المشاركة والكرم والأخذ والعطاء هي سمات الإنسان الناضج المتكامل.

ب. الغضب:

الغضب ميل طبيعي في الإنسان، يحتاج منا إلى أن نساعد الطفل وندربه على ضبطه والسيطرة عليه بدلاً من أن يسيطر هذا الميل عليه، وإذا أردنا أن تكون لهذه السيطرة قيمتها وجدواها وجب أن تكون صادرة من نفس الطفل لا مفروضة عليه من الخارج، وأن اتباع أسلوب العقاب في محاولة ضبط انفعال الغيرة، من شأنه أن يؤدي إلى تراكم الكبت يوماً بعد يوم، حتى يصل إلى الانفجار.

وليس معنى تدريب الطفل على ضبط انفعال الغضب، أن يصل إلى درجة البلادة، فما أشد تفاهة الطفل الذي لا يغضب لشيء.

كذلك لا ينبغي أن يصل انفعال الغضب إلى قوة طاغية في حياة الفرد، لأنه هو العلة الكامنة وراء كثير من الانحرافات السلوكية كالتشرد، وهو الدافع إلى ارتكاب نسبة غير صغيرة من الجرائم الخطيرة.

وينتج الغضب عن أسباب عديدة في البيئة التي يعيش فيها الفرد، وقد يظهر على أشكال كثيرة متباينة، فمثلاً قد يغضب الطفل إذا ضاعت لعبته، أو لم يجد من والديه اهتماماً ببعض شؤونه وغير ذلك.

أما عن تطور انفعال الغضب، فليس ثمة استجابات واضحة تدل على هذا الانفعال في الأيام الأولى من حياة الطفل، وكل ما هنالك حالة انفعالية عامة على شكل صراخ مع تحريك بعض أعضاء الجسم حركات عشوائية لا ارتباط بينها.

إلا أن هذه الحالة لا تستمر طويلاً، بل يبدأ هذا الانفعال في الوضوح والتحدد، ويكون من أهم أسباب الغاضب في الأطفال أثناء عامهم الأول عدم تحقيق حاجاتهم وخاصة الحاجات الفسيولوجية، إلا أنه عندما يتقدم العمر بالطفل ويتحكم في عملية المشي وتأخذ قدراته العقلية واللغوية في النمو التدريجي نجد أن

بواعث الغضب تزداد، ومن بين هذه الأسباب: نقد الأطفال ولومهم وإغاظتهم، التجسس عليهم، لفت نظرهم إلى الصواب، مقارنتهم بغيرهم أو تكليفهم بأعمال صعبة فوق مستواهم، أو التدخل في مشاريعهم وما يقومون به من نشاط.

ولقد قامت (جودإنف) ببعض الدراسات تحت إشراف جامعة منيسوتا بأمريكا على عدد من الأطفال بلغ (45) طفلاً، وقد طلبت من أمهات هؤلاء الأطفال أن يدونوا يومياً ملاحظاتهم عن غضب أطفالهن، ولقد استمرت ملاحظات الأمهات مدة أربعة أشهر في بعض الحالات، وفي حالات أخرى لم تقل عن شهرين، ولقد تبين من تلك الأبحاث أن $\frac{3}{4}$ الأسباب التي أدت إلى غضب الأطفال لغاية سن الثالثة تدور حول علاقة الطفل بوالديه وإخوته وما يترتب على ذلك من التحكم في تصرفات الطفل، وأن تفرض عليه رغبات معينة تتصل بذهابه إلى الفراش، أو تناول الطعام، أو مطالبته بالقيام بعادات صحية تتصل بالاستحمام، والتبول، والتبرز، وتنظيف أسنانه، وتمشيط شعره، أو بتكليفه قضاء بعض الأمور داخل المنزل.

أما عن الطريقة التي يعبر بها الطفل عن انفعال الغضب فتأخذ أشكالاً متباينة، ويخضع هذا التباين إلى سن الطفل، فقد اتضح من تجارب (جودإنف) المشار إليها ما يلي:

1. حوالي 90٪ من استجابات الأطفال التي يتضح فيها انفعال الغضب في السنة الأولى تأخذ شكل نشاط غير موجه مثل الصراخ، إلقاء نفسه على الأرض، الرفس بالقدمين، العض، القفز إلى أعلى وأسفل... إلخ، بينما نجد أن هذه النسبة تقل إلى 40٪ وذلك في سن 4 سنوات.
2. يقابل ذلك أن الطفل في سن الرابعة يستبدل هذا النوع من الاستجابات الانفعالية بنوع آخر يكون على شكل احتجاجات لفظية واستعمال ألفاظ بقصد التهديد أو القذف، وتصل نسبة ما يستعمل من هذا النوع من الاستجابات الانفعالية نتيجة الغضب حوالي 60٪ مما يحدثه الطفل للتعبير عن غضبه، بينما سلوك الغضب الذي يعبر عنه بالأخذ بالثأر يكاد لا

يلاحظ في العام الأول من حياة الطفل، غير أنه يكون حوالي $\frac{1}{4}$ انفعالات الطفل وهو في عامه الرابع.

3. إن طفل التاسعة أو العاشرة من عمره إذا ما غضب لسبب ما، اكتفى بأن يتخذ موقفاً يقرب من المقاومة السلبية مع التمتمة ببعض الألفاظ، وتغير واضح في تعبيرات الوجه، كل ذلك يحدث في غير ثورة أو عنف، وبهذه المناسبة أذكر حالة طفل في العاشرة غضب لأن شقيقته أخذت حقيبته المدرسية، فذهب لأمه محتجاً على هذا التصرف، ولكن الأم حاولت أن تهدئ من غضبه، ووعدته بشراء أخرى جديدة له، لكنه أظهر تأففه مما حدث، ورفض الذهاب إلى المدرسة في ذلك الصباح، ثم انزوى في حجرته غاضباً متمتماً ببعض الكلمات الغاضبة.

وتعتبر سورات الغضب من مظاهر الغضب الشائعة في الأطفال، وعلى خلاف هذا نجد بعض الأطفال إذا غضبوا لازمتهم الكآبة والعبوس، والموقف الثاني هو أكثر الموقفين إيذاء للطفل وضرراً بصحته النفسية، لأنه كثيراً ما ينهي به إلى الهم وإلى ضروب من الهواجس المريضة، حتى قد تدفع تلك الميول بالطفل شيئاً فشيئاً إلى الانطواء حول ذاته، ويستشعر في الحياة مرارة وضيقاً.

وقد يكون الغضب نتيجة من نتائج الغيرة، أو سخطاً على عقاب يعتقد الطفل أنه لا يستحقه، وقد يكون إظهار الطفل لغضبه رغبة منه في التمسك بموقفه، أو تطلعه إلى جذب الانتباه من أي سبيل، ويتبع بعض الأطفال هذا الأسلوب كثيراً مع الوالدين للحصول على مآربهم وحاجياتهم.

وفي الواقع إن الغضب ليس في ذاته سوى علامة تنذر بالخطر وتدفعنا إلى البحث عن الأسباب العميقة التي تبعث إليه، ويعتمد ضبط الغضب على تكوين بعض أشكال الكف والمنع، فإذا أردنا أن ينشأ الطفل إنساناً نافعاً يحكم قياد نفسه كان من اللازم أن نغرس فيه منذ مطلع أيامه تلك القوى التي تكفه وتمسك زمامه.

ج. الخوف

الخوف انفعال شائع، تثيره مواقف عديدة ويأخذ أشكالاً متعددة الدرجات فقد يصل إلى مجرد الحذر أو إلى الهلع والرعب، ويعتبر الخوف إحدى القوى التي قد تعمل على البناء أو على الهدم في تكوين الشخصية ونموها، فإذا سيطر العقل على الخوف أصبح هذا من أعظم القوى نفعاً للمجتمع وأصبحت له قيمة بنائية فائقة.

وقد ينظر الكبار كثيراً إلى مخاوف الطفل على أنها حمق وقصور في الإدراك، وهذا راجع إلى عجزهم عن إدراك بعض خبرات الطفولة المبكرة وفهم التجارب التي يمر بها الطفل أو التي مر بها من قبل.

وفي الواقع أنه ليس هناك من انفعال يكثر تعرض الطفل له أكثر من الخوف، الذي تثيره أسباب غامضة عسيرة التحديد، وهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالانفعالات الأخرى، كما أنه يلعب دوراً كبيراً في تكوين شخصية الطفل، وهنا نلاحظ أن الآباء ذوي العقل الراجح قد صاروا يقلعون عن إثارة الخوف في أطفالهم كنوع من العقاب أو كطريقة لغرس السلوك الطيب، إلا أنهم غالباً ما يغفلون البحث عن أسباب هذه المخاوف، ولا يعملون على استئصالها.

وهناك نوعان من الخوف هما: الخوف الموضوعي، والخوف الذاتي. والمخاوف الموضوعية هي الأكثر شيوعاً، أو هي على الأقل ما يغلب أن يتعرفه كثرة الآباء، ولما كان تحديد مصدر هذه المخاوف ليس عسيراً، كان التغلب عليها بسرعة أمراً ممكناً، فالخوف من الحيوانات، والجنود، ورجال الشرطة، والأطباء، والبرق، وطلقات المدافع، والأماكن العالية يعتمد عادة على بعض التجارب السابقة التي التصق بها انفعال مؤلم، أو على سماع قصة معينة أثارت في ذلك الوقت رداً انفعالياً سيئاً، ويخاف الأطفال من أي شيء غريب أو جديد، لكن هذا الخوف يزول بسرعة لو هيء

للطفل ما يكفيه من الوقت حتى يألف موضوع خوفه، ولا يجب دفع الصغار وإقحامهم في المواقف التي تخيفهم رغبة في مساعدتهم على التغلب على الخوف.

والخوف إذا التزم الحدود السوية يصبح من ذلك النوع البنائي الذي لا بد منه للإبقاء على النفس وتوجيه السلوك وجهة يرضى عنها المجتمع، غير أنه إذا زادت استثارته أصبح مشكلة تواجه الطفل والكبار.

أما عن تطور انفعال الخوف، فيلاحظ أن مخاوف الطفل في الأشهر الأولى من حياته تصدر عن أمور وأشياء مادية توجد في بيئته المباشرة، ومن بين الأمور التي تثير انفعال الخوف عند الأطفال في هذه الفترة، الأصوات العالية المفاجئة، أو ظهور شخص غريب، أو الشعور بفقدان شخص معين كالأم مثلاً.

ولقد اعتبر (وطسن) الأصوات العالية أو السقوط، ما هي إلا منبهات طبيعية لشعور الوليد بالخوف، وأن باقي مصادر الخوف ما هي إلا مثيرات شرطية أي ارتبطت بالمثير الأصلي (الطبيعي) فاكتسبت صفته، فالمثيرات الطبيعية للخوف — في نظر وطسن — هي الأصوات العالية وفقدان السند، ثم تشتق منها مثيرات أخرى نتيجة الترابط الذي يحدث بينها.

إن الأخذ بهذا الرأي فيه تحديد لفهمنا لطبيعة السلوك الإنساني، كما أنه لا يتفق مع الواقع، حيث إن الطفل عندما يتقدم به العمر قليلاً ويصل إلى درجة من النضج العقلي والجسمي نجده يخاف من مصادر أخرى — غير المنبهات الطبيعية السابقة — إذ نجده يخاف من أي موقف غير متوقع وفيه غرابة، كما أنه يخاف من كل مثير يؤلمه سواء أكان هذا المثير بصرياً أم سمعياً أم لمسياً.

هذا ويحسن الإشارة إلى أنه ليس هناك مثير واحد يحدث الخوف في الطفولة المبكرة، بل مجموعة من العوامل المتداخلة، فمثلاً صوت مرتفع لا يثير خوف الطفل الوليد وهو في حجرة أمه، في الوقت الذي يثيره هذا الصوت إذا تواجد بمفرده في حجرة خالية من الأشخاص، هذا وقد يخاف الطفل من حجرة مظلمة

غريبة عنه لا تمت إليه بصلة، بينما لا يشعر نفس الشعور إذا كان في حجرة نومه الخاصة في حالة الظلام، وقد يخاف كذلك عند سماع صوت سيارة وصفير وابور بخاري عند حدوث الصوتين معاً، ولكنه لا يخاف عند سماع كل صوت على حدة.

هذه هي بعض المنبهات التي قد تحدث الخوف في حياة الطفل في السنة الأولى، إلا أن هذه المنبهات قد تفقد قوتها المثيرة وتحل محلها مثيرات ومواقف أخرى عندما يتقدم الطفل في العمر، ذلك أنه في الفترة التي تقع بين سنتين وخمس سنوات، نلاحظ أن منبهات الخوف تزداد في العدد وتختلف في النوع، فنحن نلاحظ من بين مثيرات الخوف في تلك السن الخوف من الأوهام والخيالات والأشياء البالية القديمة، والخوف من المخاطر، والخوف من الحيوانات القريبة، والخوف من الفشل، والخوف من الضحك والسخرية، والخوف من الظلام ومن الأشباح، ولكننا نلاحظ في مرحلة الطفولة المتأخرة أن أمثال هذه المخاوف تزول من حياة الطفل وذلك لنضجه العقلي.

ويجب ألا يغيب عن أذهاننا أن الطفل الصغير يتعلم كيف يخاف من بعض المثيرات، ولنوضح ذلك بالمثال الآتي: طفلة في الرابعة من عمرها كانت لا تبدي أي استجابة على الخوف من الظلام، وفي ذات مساء طلب منها والدها أن تنزل إلى الطابق السفلي لتحضر بعض الأدوات الخاصة بتناول الطعام، في الوقت الذي كان فيه معظم أفراد الأسرة في الطابق العلوي، إلا أن الطفلة رفضت تنفيذ أمر والدها، فلما سألها عن السبب، أجهشت بالبكاء ثم أردفت قائلة: "إنني أخاف من الظلام هناك، إذ ربما طلعت علي بعض الأسود والنمرة"، وعند سؤال الطفلة عن الذي دفعها إلى هذا الاعتقاد؟ أجابت أن مدرس الدين أخبرها أن الحيوانات المفترسة خرجت من الغابات الموحشة المظلمة وقتلت الأطفال الذين كانوا يسخرون من القديسين والأنبياء.

وبالطريقة ذاتها يكتسب صغار الأطفال الخوف من الأطباء، فعندما يرتبط الطبيب الذي يتردد على المنزل من وقت لآخر في ذهن الطفل بخبرة مؤلمة، فإنه يبدأ يشعر بالخوف منه ويحاول قدر المستطاع أن يتجنبه، وإذا أجبر على مقابلته فإنه يأخذ في البكاء.

ومن هذا يتضح أن الخبرة السابقة تكسب بعض المثيرات صفات خاصة تدفع الأطفال إلى الشعور بالخوف في موقاف معينة.

أما طفل المدرسة الابتدائية فإنه يخاف عادة من الأمور الآتية: المخاطر التي يتعرض لها في الحياة اليومية، كاقتراب سيارة مسرعة منه وهو سائر في الطريق، وهو لذلك يقفز على الرصيف تجنباً للخطر، كما أنه يخاف من الظلام، ومن الأشباح واللصوص، والأشخاص الذين يتميز سلوكهم بالإجرام والحيوانات المفترسة الغريبة، هذا ويخاف أطفال هذه المرحلة من المخاطر الوهمية، ولنوضح ذلك ببعض الأمثلة: شاهد طفل فليماً سينمائياً (كنج كنج والحسناء)، وعند ذهابه إلى النوم طلب من والدته أن تغلق الباب والشبابيك جيداً، لأنه يخاف أن يدخل عليه (كنج كنج) من إحدى النوافذ فيختطفه كما خطف الفتاة الحسناء في الفيلم الذي شاهده.

ومثال آخر يدل على هذا النوع من المخاوف أو الأخطار الوهمية يتمثل في أن طفلاً عندما كان في زيارة للمتحف المصري مع رفاقه بالمدرسة خيل إليه وهو يشاهد القسم الخاص بآثار (توت عنخ آمون) أن المومياء ستخرج من تابوتها لتقبض عليه وتضعه بجوارها.

وهنا نتسائل: كيف تعالج مخاوف الأطفال؟

قد يبدو للبعض أن خير طريقة للتغلب على مخاوف الأطفال هي أن نجنبهم المواقف التي تثير تلك المخاوف، ومما لا شك فيه أن المشكلة أكثر تعقيداً من هذا، ذلك لأسباب منها أنه يستحيل إبعاد الطفل عن المواقف التي تبث فيه

الخوف، وثانياً أن الحياة نفسها مليئة بالمواقف التي تثير الخوف في الأطفال والكبار، فإذا صح ذلك، فمن الأفضل إذن ألا نبعد الطفل عن المواقف التي ارتبطت في ذهنه بإثارة انفعال الخوف، بل إن ما يجب على الآباء فعله هو أن يعودوا الطفل على مواجهة تلك المواقف فيحدث حينئذ شيء من التحكم فيها، ونستطيع أن نوضح ذلك بالمثال التالي:

حالة طفلة كانت تخاف من الاقتراب من مياه البحر والبحيرات، ومن المستطاع مساعدة هذه الطفلة للتخلص من هذا الشعور عن طريق تشجيعها على الاقتراب من الماء وبث الثقة في نفسها، وتلقينها ألا خطورة هناك إن هي أخذت قاربها الصغير وحاولت اللعب به على حافة البحيرة أو البحر... إلخ، كل ذلك دون شك يبعث الثقة في نفس الطفلة، ويوحي إليها بطريقة غير مباشرة أن خوفها من المياه لا يستند إلى أي أساس.

أما إذا كان سلوكنا – ونحن نحاول أن نعالج فيها هذه الناحية – قائماً على التهديد والنقد، وإجبارها على مواجهة الموقف بأن ندفعها إلى الماء فلا شك أن مثل هذا السلوك يزيد من مخاوف الطفلة.

إذن، فعلينا بإزاء الخوف من الأطفال مهمة مزدوجة، أولاً أن نمنع انفعالات الخوف من أن تنمو نمواً مبعثراً لا نظام فيه، دون أن يكون لها مثير صحيح أو سبب مناسب، وثانياً أن نصون العناصر البنائية للخوف حتى نحفظ الطفل من الخطر الجسمي أو من سخط المجتمع ونبذه إياه.

(3–3) اضطرابات النوم:

يعتبر النوم عملية على جانب كبير من الأهمية في حياة الطفل البدنية والجسمية، فهو يعمل على الاحتفاظ بطاقته ونشاطه، وعلى تجديد هذه الطاقة والنشاط، إن الطفل في الأسابيع الأولى من حياته ينام كل وقته تقريباً، إذ يبلغ ذلك من عشرين إلى اثنتين وعشرين ساعة في اليوم الواحد، ولا يصحو – كما

يقول الدكتور هولت – إلا بتأثير الجوع أو عدم الراحة أو الألم، وتأخذ هذه الساعات التي يقضيها الطفل في النوم في التناقص تدريجياً، حتى تصبح حوالي 12 ساعة كافية للإبقاء على صحة الطفل البدنية في سن الرابعة.

ومما لا شك فيه أن انتظام التغذية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بعادات النوم الطيبة، وعلى هذا فإن أي اضطراب في النوم أو التغذية كفيل بأن يبعث الاضطراب في الآخر، إن الطفل يستطيع أن يتمتع بما يهيئه له النوم من فوائد ومزايا إذا تكونت لديه العادات الطيبة الخاصة بالنوم، وتكوين هذه العادات يصبح أمراً يسيراً جداً في السنوات الأولى التي تسبق دخول الطفلة المدرسة، وعلى ذلك ينبغي البدء بغرس عادات النوم الطيبة منذ المولد، إذ ينبغي أن يألف الطفل منذ مطلع حياته أن يوضع في مهده أثناء صحوه، وأن ينام دون أن يعينه أحد على ذلك، ويوصي علماء نفس الطفل بأنه ليس هناك ثمة ضرورة إلى أرجحته أو إلى غرس العادات الأخرى من هذا النوع لأن في هذا أذى له، كما لا ينبغي أن يترك الطفل ينام على ثدي أمه أو مرضعته أو بحلمة الزجاجة في فمه، ومما يساعد على تكوين عادات غير مرغوبة في الطفل خاصة بالنوم، تعويده على إعطائه شيء قبل أن ينام، كإعطائه حلمة من المطاط يمصها، ذلك لأننا إذا لجأنا إلى مثل هذه الوسائل تعود الطفل أن لا ينام بدونها، وأصبحت لازمة لعملية النوم لديه.

إن تنظيم ساعات النوم وتحديدها بدقة من أهم الاعتبارات التي تساعد على تكوين تلك العادات السليمة الخاصة بالنوم، ولكن بعض الآباء يخطؤون في إبقاء طفلهم معهم في بعض الحفلات أو في صحبة زوار للأسرة، أو قد يقومون بتأخير أو تقديم موعد نوم الطفل وفقاً لما يناسبهم، دون إدراك منهم لأهمية تنظيم ساعات نوم الطفل، كذلك فإن الأم التي تقوم – ترضية لطفلها الذي يأخذ في البكاء والصراخ قبل النوم – بأرجحته أو الرقاد بجانبه حتى يغلبه النوم، إنما هي في الواقع تضع أساس كثير من المصاعب في المستقبل لنفسها ولطفلها معاً، إننا ينبغي أن نعود الطفل ونبصره بأنه ينبغي أن يقضي فترة النوم وحيداً، وأن وجود من يصاحبه

أو ما يسليه كالكتب والألعاب والقصص التي يود أن تحكيها له أمه أو جدته أو مربيته وغير ذلك هي أمور غير لازمة لكي يتمتع بنوم هادئ مريح.

ومن الأمور التي ننصح بها الآباء بصدد العمل على تكوين عادات النوم الطيبة، ألا يحدثوا الطفل قبل النوم عن قصص وحكايات تثير الرعب في نفوسهم، أو تخويف الأطفال ببعض الشخصيات الوهمية أو الحقيقية إذا هم لم يأووا إلى فراشهم في الميعاد المحدد، فمثلاً قد يخوفون الطفل بأن " العسكري هيوديك قسم البوليس إذا ما نمتش "، كذلك قد يخطئ بعض الآباء في أن يسمحوا لأطفالهم برؤية فيلم مرعب بالسينما أو التلفزيون أو غير ذلك.

ولا شك أن كل هذا من شأنه أن ينعكس على نوم الطفل فيسبب له أرقاً وأحلاماً مخيفة، وقد يقوم من نومه مذعوراً.

وننصح الآباء كذلك بألا يخدعوا طفلهم بأنهم لم يتركوه وحيداً أثناء نومه، أو يقوموا بتركه بالمنزل نائماً ويخرجون لزيارة بعض أصدقائهم، فلا شك أن هذا سيكون في نفوس أطفالهم خبرة سيئة متعلقة بالنوم، الأمر الذي لا يجعلهم يشعرون بالراحة والهدوء والاطمئنان لكي يتمتعوا بنومهم على وجه صحيح.

ويساعد الطفل على التمتع بنوم هادئ، هو أن يستريح لفترة قصيرة راحة تامة من أي نوع من الحركة البدنية أو النشاط العقلي قبل ذهابه مباشرة إلى الفراش، أما اللعب المتواصل حتى ميعاد النوم، أو الإنصات إلى حكايات مثيرة، أو إلى الراديو، فهو غالباً ما يكون عاملاً من عوامل تأخير ميعاد نوم الطفل وعدم الاستقرار في الفراش.

وينبغي ان يعمل الآباء على تعويد الطفل على أن ينام وحيداً بعد السنة الثانية من عمره كلما أمكن ذلك، وأن ينام عقب ذهابه إلى الفراش بعشرين أو ثلاثين دقيقة، وأن يترك فراشه مباشرة عقب استيقاظه، وإذا كان الطفل يصحو

عادة قبل أن يستيقظ الكبار في المنزل، لزم أن يدبر له ضرب من ضروب التسلية يلهو به في فراشه أو في حجرة نومه.

كما تعتبر القيلولة من العوامل التي تساعد على راحة الطفل، ولا يخفى علينا ما للتعب من أثر سيء على صحة الطفل البدنية والنفسية، فمثلاً قد يصدر من الطفل خلال نومه ما يدل على الاضطراب البدني أو العقلي، وكثيراً ما يجتمع الاثنان معاً، فالتقلب والتململ ومص الشفاه والمشي والكلام خلال النوم، كل هذه من العلامات التي تبين أن الطفل لا يحصل على الراحة الكافية، وهذه الأعراض ترجع أساساً إلى اضطراب العمليات الفسيولوجية، ومن الضروري أن يفحص الطفل فحصاً طبياً دقيقاً لتعيين ما قد يكون مصاباً به من عسر الهضم أو إمساك أو أمراض يسيرة أو اضطراب في بعض الغدد الصماء أو ديدان أو التهابات موضعية، ومن العوامل التي قد تسبب الأرق تخليط الطعام وكثرة الأغطية وتكدس الملابس وقلة التهوية.

وكثيراً ما تكون أحلام الأطفال تعبير صريح عن رغباتهم المكبوتة أو التي لم تتحقق، مثل ذلك أحد الصبيان الذي لم يكن يميل إلى الألعاب الرياضية، لكنه كان يتوق إلى بعض المجد والفخار الذي كان يخلع على من يتقنونها، فتكررت الأحلام التي كان يجد فيها نفسه يقوم بألعاب عجيبة على أرض الملعب والجماهير تصفق له وتهتف.

أما في حالة الظاهرة المرضية المعروفة باسم التجوال السباتي (تجوال أثناء النوم Somnabulism) فإن الشخص تسيطر عليه مجموعة مرتبطة من الأفكار والذكريات مشبعة بالانفعالات الشديدة كالخوف عادة، والحزن أحياناً، وهذه الأفكار عندما تطفو على السطح يحدث المشي أثناء النوم، وتتضح هذه الظاهرة بالمثال التالي:

طفل كان يحب أمه كارهاً لأبيه الذي يقسو عليه، وفي بعض الليالي خلال ساعات نومه كان يذهب إلى الغرفة التي ينام فيها والده ويحاول أن ينام في الجانب الذي تنام فيه أمه.

وفي مثل هذه الحالات التي تراود الأطفال فيها أحلاماً مزعجة، لا ينبغي أن يتاح لهم فحسب أن يتحدثوا عن مخاوفهم مع آبائهم، بل ينبغي أن يبذل الوالدان كل جهد للوقوف على كنه تلك المخاوف وما يثيرها.

وصفوة القول: إن النوم بما له من أهمية كبيرة بالنسبة لصحة الطفل الجسمية والنفسية، يمكن أن نتجنب أي اضطرابات خاصة به، لو عملنا على تكوين عادات النوم الطيبة منذ الأيام الأولى من حياته.

(3 – 4) المكفوفون:

تغيرت النظرة القديمة التي كانت ترى أن المكفوفين عالة أو عبء على المجتمع، وأنهم لا يستطيعون أن يتعلموا إلا في حدود ضيقة جداً، وأن عملية تعليمهم شاقة وعسيرة، إلى نظرة واسعة وعميقة تطورت مع تطور الفكر الإنساني، وقامت على نتائج الأبحاث المختلفة عن المكفوفين، وعلى طرق تعليمهم، وعلى إنتاج وابتكار الوسائل والأجهزة المختلفة التي تيسر لهم سبل التعلم، وعلى تقدم برامج التأهيل والتوجيه المهني لهم.

كل هذا ساعد على زيادة اهتمام المجتمعات الحديثة بالمكفوفين، فعملت على إنشاء مدارس ومعاهد للعناية برعايتهم وتعليمهم وتوجيههم، وتطوير البرامج التربوية الخاصة التي تقدم لهم، وأصبح الاهتمام موجهاً إلى العناية بجسم الكفيف، وبكيفية اعتماده على نفسه، في الوقت الذي يتم فيه تزويده بأكبر قسط ممكن من التربية والتعليم، عن طريق التركيز على استغلال قدراته واستعداداته وميوله وتنميتها إلى أقصى درجة يمكن أن تصل إليها.

ونتيجة لهذه النظرة الجديدة بدأت تسهل عملية التعليم للمكفوفين، بل وجدنا منهم من يلتحق بالتعليم العالي، كما هو حادث في الجمهورية العربية المتحدة وفي غيرها من الدول التي قطعت شوطاً كبيراً في مجال رعاية المكفوفين.

وترتبط بداية الاهتمام برعاية وتعليم المكفوفين بإنشاء أول معهد لهم في باريس في عام 1785، وكان يعرف باسم (المعهد الأهلي لصغار العميان) وقد أسسه (فالنتين هوى)، أما في الولايات المتحدة الأمريكية، فيرجع إنشاء أول معهد للعميان إلى (جون فشر) الذي كان يدرس الطب في باريس وزار معهد العميان بها، وعندما عاد إلى بوسطن عام 1826، بدأ بالمناداة بضرورة إنشاء معاهد للعميان، وفي عام 1829 صدر قانون بإنشاء أول معهد لهم.

كما ترتبط تلك الطفرة الهائلة في تعليم المكفوفين باسم (لويس برايل) الذي ابتكر طريقة رائعة – عرفت باسمه – لتعليمهم القراءة والكتابة، ولد لويس برايل سنة 1809، وقد فقد بصره وهو في الثالثة من عمره، وانضم إلى معهد باريس في سن العاشرة، وقبل التحاقه بالمدرسة علمه أبوه استخدام يديه بمهارة، وكان حاد الذكاء، فأصبح تلميذاً ممتازاً وموسيقياً بارعاً، وبعد أن تخرج أصبح معلماً بالمعهد واهتم اهتماماً كبيراً بالمكفوفين، ولقد استطاع بريل أن يكتشف أن طريقة الشفرة العسكرية – التي كان قد اخترعها الضابط الفرنسي (بيير) لكي يرسل التعليمات العسكرية إلى الجيش الفرنسي وهو في حربه مع الألمان – تتكون أساساً من 12 نقطة، ويمكن أن تكون كل الكلمات بالتباديل والتوافيق، غير أن بريل وجد صعوبة في ذلك على الكفيف، وأخيراً اهتدى إلى تعديل واختصار الاثنتي عشرة نقطة إلى ست نقط، ومن هذه النقط الست 6 dots استطاع أن يكون جميع الحروف الهجائية التي تتكون منها الكلمات باللغة الفرنسية أو الإنجليزية، والعجيب أن طريقة بريل لم تنل اهتماماً ولم تعمم في جميع مدارس المكفوفين إلا بعد وفاته.

ولم تكن طريقة بريل هي الطريقة الوحيدة للكتابة البارزة، فقد كانت هناك طرق أخرى مثل طريقة كتابة الحروف العادية ولكن بالبارز، وطريقة أخرى

تستعمل فيها خطوط ومنحنيات بارزة، إلا أنه أمام سهولة طريقة بريل وتوفيرها لجهد ووقت الكفيف، اندثرت جميع الطرق وبقيت طريقة بريل لتصبح إحدى أعماله الخالدة في خدمة المكفوفين.

كل هذه العوامل كان لها أكبر الأثر في العناية بالمكفوفين، وبدأت تنتشر معاهد العميان، فأنشئت في بريطانيا والدنمرك وألمانيا وهولندا وروسيا والسويد وفي غيرها من الدول.

(3 – 5) تعريف المكفوف (الكفيف) طبياً وتربوياً:

المكفوف من الناحية الطبية هو تلك الحالة التي يفقد فيها الفرد القدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض، وهو العين، وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل، وهو إما خلل طارئ كالإصابة بالحوادث، أو خلل ولادي يولد مع الشخص.

أما الأسباب التشريحية التي تعطل العين عن أداء وظيفتها، فيمكن تقيسمها إلى قسمين:

1. أسباب خارجية تتعلق بكرة العين نفسها.
2. أسباب داخلية تتعلق بالعصب البصري الموصل وبالمراكز العصبية في الدماغ.

أما الأسباب الخارجية المتعلقة بكرة العين فتشتمل على العيوب التي تصاب بها الطبقات والأجزاء المكونة للعين، كالطبقة القرنية والشبكية والعدسة... إلخ.

أما الأسباب الداخلية فتشتمل على العيوب التي يصاب بها العصب البصري، كأن ينقطع مثلاً نتيجة إصابة بحادث، فيتعذر بذلك وصول الإحساس البصري المنطبع على الشبكية إلى المراكز الحسية في الدماغ وقد يحدث أن يكون العصب البصري سليماً، وكذلك العين، إلا أن المراكز العصبية في الدماغ المخصصة لتلقي الإحساسات البصرية تالفة فتكون النتيجة توقف الإحساس

البصري في نهاية العصب الموصل دون أن تتلقفه المراكز البصرية لأنها عاطلة عن العمل.

وهكذا يصبح من شروط الرؤية الصحيحة أن يتوفر في جهاز الرؤية سلامة كرة العين والعصب البصري الموصل والمراكز العصبية الحسية في الدماغ.

وسلامة هذه الأقسام المؤلفة لجهاز الرؤية نسبية، فتكون النتيجة أن حدة الإبصار أيضاً نسبية، الأمر الذي يجعل الناس طوائف تتدرج وفقاً لحدة البصر بترتيب يشتمل في أوله على طائفة سليمي البصر وينتهي في آخره بطائفة المكفوفين كلية.

(3 – 6) المكفوف في نظر التربية:

المكفوف بحسب التعريف الذي أقرته هيئة اليونسكو التابعة لجمعية الأمم المتحدة هو الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة، ومن الواضح أن الكفيف، بموجب هذا التعريف، قد يستطيع الاستفادة من حواسه الأخرى ليحصل على المعرفة، ولهذا كانت تولي الحواس الأخرى أهمية كبيرة في عملية تربية المكفوفين، وأهمها حاسة السمع.

ولقد سبق أن ذكرنا بأن حالات العمى تتفاوت شدة، فبعض العميان مثلاً يعيشون في ظلمة تامة، بينما آخرون يتمتعون بدرجة ضعيفة من الرؤية، إلا أنها ليست بالقدر الذي يفي بمطالب الحصول على المعرفة، وفي حالات أخرى يستطيع المكفوفون رؤية الحجوم والأجسام بالدرجة التي تمكنهم من التمييز بين الجدار والشجرة، وفي كل هذه الحالات السابقة يمكن القول بأن الاستفادة من حاسة الرؤية في عملية التربية معدومة.

ونخلص من هذا إلى أن العمى حالة نسبية، والرجل الأعمى يمكن تعريفه بدقة بأنه الرجل الذي لا يملك الإحساس بالنور.

ومن ناحية أخرى يمكن تحديد معنى العمى الجزئي بأنه النقطة التي تكون فيها قوة الإبصار كافية لتأدية عمل ما، وهذه النقطة لا تقاس بمقياس عددي، ذلك لأن قوة الإبصار لا تخضع لقانون أو معادلة.

ونجد في التعريف الذي أقره فرع الأمراض البصرية في جمعية الطب الملكية في لندن عن الرجل الأعمى ما يلي: إن الأعمى هو الشخص الذي ضعف بصره للدرجة التي يعجز فيها عن أداء عمل يحتاج أساساً للرؤية.

أما تعريف " تروسو Trousseau " للعمى فهو العجز عن عد الأصابع على مسافة متر واحد في كل الظروف، وقد أقر هذا التعريف المؤتمر الطبي الأسترالي المنعقد عام 1934، أما العمى الجزئي، كما أقره المؤتمر، فهو امتلاك قدرة بصرية تساوي $\frac{6}{60}$ أو $\frac{20}{200}$.

وفي المؤتمرات التي عنيت بدراسة المكفوفين ما بين عام 1920 وعام 1930 في الولايات المتحدة، اعتبر المكفوف أنه الشخص الذي يعجز عن الرؤية التي تمكنه من القراءة حتى ولو استعان بالنظارات، وفي عام 1941 اعتبرت جمعية الخدمات العامة في ميتشجان أن المكفوف هو الشخص الذي يتعين عليه أن يتعلم ويعيش بالاستعانة بالحواس الأخرى غير حاسة الإبصار.

وقد يكون الشخص مكفوفاً كلية، أو قد يملك درجة بسيطة من الإحساس البصري، أو قد يكون قادراً على القراءة البسيطة بالأحرف الكبيرة، وفي كل هذه الحالات أعتبر الكفيف هو ذلك الفرد الذي تكون قدرة إبصاره $\frac{20}{200}$ أو أقل طبقاً لمقياس " سنلن Snellen " في العين الأحسن بعد إصلاحها.

وهكذا يمكن القول بأنه يعتبر ضمن فاقدي البصر قانوناً، أي فرد يمكنه أن يميز على مسافة 20 قدماً فقط، ما يمكن للفرد العادي أن يميزه على مسافة 200

قدم، وأي فرد ضاق مجال إبصاره إلى حد أنه لا يستطيع أن يرى إلا مساحة صغيرة فقط في وقت واحد.

ولتحديد قدرة الطفل على الإبصار، والحكم عليه بأنه أعمى، بقصد إلحاقه الصفوف التأهيلية الخاصة بالمكفوفين أو بمدارس طريقة بريل، فإنه لا بد من عرضه على طبيب متخصص.

وعلى ذلك يقسم المكفوفون إلى الفئات الأربع التالية:

1. مكفوفون كلية، ولدوا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.
2. مكفوفون كلية، أصبوا بالعمى بعد سن الخامسة.
3. مكفوفون جزئياً، ولدوا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.
4. مكفوفون جزئياً، أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

(3 – 7) شخصية الكفيف:

يعاني الكفيف من الناحية الفسيولوجية عجزاً خلقياً، هو العجز عن الرؤية، فإذا كنا نسلم بأن العوامل الجسمية تنعكس على سلوك الفرد، فإنه لا بد أن تؤكد هنا بأن عجز الكفيف عن الرؤية ينشأ عنه اختلاف في أنماط سلوكه.

وهذا العجز يجعله، في مستوى الخبرات التي يحصلها عن العالم الذي يعيش فيه، دون مستوى المبصر، فهو بحكم هذا العجز، لا يدرك من الأشياء التي تحيط به إلا الإحساسات التي تأتيه عن طريق الحواس التي يملكها، بمعنى أنه في مجال الخبرة، لا يعتمد على البصر، بل على الحواس الأربع الباقية وهي: اللمس ولاسمع والذوق والشم، فيعتمد على حاسة اللمس في إدراك الحجوم والأشكال، وشتان بين ما تؤديه حاسة البصر في هذا الميدان وبين ما تؤديه حاسة اللمس، لأن مدى ما تطلع عليه العين يفوق كثيراً ما تستطيع حاسة اللمس أن تدركه، علاوة على أن حاسة اللمس لا تستطيع إدراك المسافات البعيدة كالعين أو إدراك الحجوم

الكبيرة والألوان أو الأشياء المؤذية التي إذا لمسها الكفيف تعرض من لمسها إلى أذى، ويتاح للكفيف عن طريق حاسة السمع تقدير المسافات وذلك بالربط بينها وبين مصدر الصوت، إلا أنه يعجز عن إدراك طبيعة هذا المصدر، ويستطيع الكفيف أخيراً بواسطة حاسة الشم أن يعرف الأماكن إذا ما كانت مقترنة في هذه بروائح معينة.

ولهذا كان الكفيف في مجال الإدراك أقل حظاً من المبصر، والعالم الذي يعيش فيه عالم ضيق محدود لنقص الخبرات التي يحصل عليها سواء من حيث النوع أو المدى.

وفي مجال الحركة، لا يستطيع الكفيف أن يتحرك بنفس السهولة والخفة والمهارة التي يتحرك بها المبصر، إذا ما أراد توسع دائرة محيطه الذي يعيش فيه، ولذا كانت حركة الكفيف في مجال غريب عليه حركة تتسم بالكثير من الحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات أو يقع على الأرض نتيجة تعثره بشيء ما أمامه، ولذلك كانت حاجة الكفيف، إلى الرعاية والمساعدة خارج البيت الذي يألفه رعاية ضرورية يجب أن تستمر حتى يألف المكان الجديد، ويعتاد الكفيف أحياناً قبول المساعدة من الآخرين، حتى ولو كان قادراً على الاستغناء عنها فيصبح بذلك أميل إلى الاعتماد على الآخرين في قضاء حاجاته، ومثل هذا الموقف يؤثر تأثيراً كبيراً على علاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، وقد يتخذ الكفيف موقفاً مغايراً من المساعدة التي تقدم إليه، فيرفضها مثلاً، وهو إما أن يرفض بذلك عجزه، فينمو باتجاه الشخصية القسرية، أو يقبله ويرفض المساعدة، فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية، وكلا الموقفين يؤديان إلى عدم التكيف.

وجدير بالذكر أن الحركة التي ينتقل بها الطفل المبصر من مكان إلى آخر، إنما تحمل أهداف الاستكشاف والتعرف والاستزادة من الخبرات، والطفل الكفيف يعجز عن مثل هذا لأنه حتى ولو جازف بالحركة بقصد الاستكشاف، فإن ما يحصله من خبرات أقل بكثير مما يحصله الطفل المبصر بنفس المجهود، وعلى

هذا فالحركة ليست مجرد انتقال من مكان بقدر ما تتضمنه من تفكير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يتحرك فيها الطفل.

وإذا ما أراد الطفل الكفيف أن ينتقل من مكان إلى مكان، فإنه يستعين بكل حواسه، فبواسطة حاسة الشم يمكنه تمييز الروائح المختلفة التي يمر بها، ويتحسس الأرض بقدميه أثناء سيره ليعرف مواطئ قدميه، وقد يستخدم عصا تساعده في انتقاله ليتحسس بها ما أمامه، وبواسطة حاسة السمع يستطيع تمييز الأصوات ويستخدم التقدير الزمني لقياسات المسافات، ومعنى هذا أن الكفيف يبذل طاقة وجهداً كبيرين أثناء انتقاله تفوق بكثير ما يبذله الطفل المبصر، مما يؤدي إلى أن يكون أكثر تعرضاً للإجهاد العصبي، والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل التي ربما تسبب له التوتر، وربما تؤثر على صحته النفسية.

وتلعب البيئة التي يعيش فيها الطفل الكفيف دورها ما في نمو شعوره بعجزه، وهو دور يتراوح بين المواقف التي تغلب عليها سمات المساعدة والمعاونة المشوبتين بالإشفاق وبين المواقف التي تغلب عليها سمات الإهمال وعدم القبول، وتقع بين هذين الطرفين المتطرفين المواقف المعتدلة التي تغلب عليها سمات المساعدة الموضوعية التي تهتم بتنظيم شخصية الكفيف لتنمو في اتجاهات استقلالية سليمة، وتترتب على تلك المواقف الاجتماعية المختلفة إزاء الكفيف ردود أفعال تصدر عنه، وتوصف بأنها ملائمة أو غير ملائمة، ويمكن الحكم على أساس هذه الردود بأن الكفيف متكيف مع البيئة أو غير متكيف.

والجماعة – على كل حال – تشعر الكفيف، قليلاً أو كثيراً، بأنه عاجز، وأن عجزه يفرض عليه عالماً محدوداً، والكفيف يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين، حتى يستطيع ذلك، فهو يحتاج إلى الاستقلال والتحرر، ولكنه حينما ينالهما يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود، إنه يشعر عندئذ بعجزه، فهو لا يستطيع الحركة بحرية، ولن يستطيع السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر، كما أنه لا يستطيع إدراكها كما

يدركها المبصر، وينشأ عن هذا أن يقع في قلق مستمر، فهو قلق من الحوادث التي قد تقع له إذا ما حاول ممارسة حريته واستقلاله، فهو قلق من الحوادث التي قد تقع له إذا ما حاول ممارسة حريته واستقلاله، وقلق أيضاً من أن يغلب على أمره نتيجة نقص خبراته وعجزه عن السيطرة على البيئة، وهو محتاج إلى الرعاية التي تولد عنده الشعور بالأمن، وقد تتوفر للكفيف الرعاية الموضوعية اللازمة، فينشأ في اتجاهات الشخصية السليمة، إلا أنه قد يحرم منها نتيجة المواقف التي يقفها منه الأبوان أو الأتراب، وهي مواقف قد تكون في حدودها البسيطة عدم القبول، وفي حدودها المعقدة السخرية منه والاعتداء عليه واغتصاب حقوقه، وتكون النتيجة معاناته لقلق مستمر ناشئ عن خوفه من إغضاب الجماعة التي ينتمي إليها والتي يبغي من وراء سلوكه إرضاؤها.

وتصبح حياة الكفيف، تحت تأثير هذه الأنواع المتعددة من القلق حياة تفرض عليه أن يعيش في عالمين: عالم المبصرين، وعالمه الخاص المحدود، وهو لا يستطيع مجاراة المبصر في عالمه، ويطمح في نفس الوقت إلى الخروج من عالمه الضيق، ولكنه يجد نفسه عاجزاً عن ذلك، ويتولد في نفسه نوع من الصراع يشده تارة إلى الخروج من عالمه الضيق وتارة أخرى يجذبه إلى عالم المبصرين، وقد يلجأ الكفيف إلى أنواع من الحيل تساعده في الهروب من هذا الوضع، فإما أن يسلك سلوكاً تعويضياً، متحدياً عجزه، محاولاً الاندماج في عالم المبصرين، فيواجه الاتجاهات العدائية، ويصبح في هذه الحالة في أمس الحاجة إلى التقبل، أو أن يلجأ إلى الاعتزال منسحباً إلى عالمه المحدود الذي تفرضه عليه آثار عجزه وآثار الاتجاهات الاجتماعية، ويصبح في هذه الحالة في حاجة ملحة دائمة إلى الرعاية وإلى الأمن.

وهكذا يحيا الكفيف حياة يفرض عليها عجزه فيها عالماً ضيقاً محدوداً، يود لو استطاع الإفلات منه والخروج إلى عالم المبصرين، وهو ثانياً أمام حاجات نفسية لا يستطيع إشباعها، وأمام اتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين وتقف دون تحقيق رغبته في الاندماج في عالم المبصرين، وهو ثالثاً أمام مواقف يواجه فيها أنواعاً من الصراع والقلق.

كل هذا يؤدي بالكفيف إلى أن يحيا حياة نفسية غير سليمة، فيصبح عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية التي تؤدي به إلى سوء التكيف مع البيئة التي يعيش فيها.

(3 – 8) القدرات الخاصة بالكفيف:

وهناك ناحية أخرى تتصل بشخصية الكفيف ونعني بها قدراته الخاصة، وهي قدرات يختلف فيها المكفوفون عن المبصرين، وتتعلق بمستوى الذكاء، وببعض العمليات النفسية كالتصور البصري والتخيل.

وسنتحدث فيما يلي عن هذه القدرات بشيء من التفصيل:

(3 – 9) ذكاء الكفيف:

ينقسم الناس فيما يتصل بتقدير ذكاء الكفيف إلى قسمين: يذهب القسم الأول، بدافع التعاطف الوجداني مع الكفيف، المشوب بالحماسة، لما يأتيه من ضروب المهارات التي يؤديها المبصر أحياناً سواء بسواء، إلا أن ذكاء الكفيف لا يقل عن ذكاء المبصر إن لم يتفوق عليه أحياناً، وهم يستهشدون في غمرة هذه الحماسة ببعض مشاهير العباقرة من المكفوفين، وتاريخ العلم والفن والأدب يقدم في الواقع عدداً كبيراً من هؤلاء العباقرة، " فهومر " قدم للأدب الإلياذة والأوديسة، وهما من أروع ما قدمته العقول البشرية خلال أجيال طويلة، و " ديدموس Didymus " الذي عاش في الإسكندرية في القرن الرابع الميلادي، اشتهر بأنه كان أستاذاً وكان فقيهاً، وقد أصيب " ديدموس " بالعمى حينما بلغ الخامسة من عمره، لكنه استطاع أن يبرهن للناس في عصره بأن الأعمى قادر على أن يكون أكثر من شحاذ تستر جسده الخرق البالية، كما كان الشأن في أيامه، وقد اخترع نوعاً من الحروف مكنته من أن يقرأ[1]، ثم " نيكولاس ساوندرسن Nicholas Saunderson " الذي ولد أعمى

(1) Baker H. J. Introduction to exceptional children machmillan. New York. 2008. P. 90.

عام 1682، ولكنه تغلب على عاهته وأصبح عالماً في الرياضيات وأستاذاً في جا
كامبردج، ثم الشاعر المشهور " ميلتون " الذي يعد من طائفة المكفوفين العبا
وأخيراً " لويس بريل Louis Braille " صاحب طريقة " بريل " للقراءة والكـ
التي ما يزال يدرسها العميان ويعوضون بها فقدهم للبصر.

ويمدنا تاريخ الأدب العربي بأسماء لامعة كان أصحابها مكفوفين، فـ
أبو العلاء المعري " الذي أصيب بالعمى وهو في الثالثة من عمره، وهو يتبـ
تصنيف الأدباء العرب قمة القائمة، ثم " بشار بن برد " و " الفضل بن مـ
القصباني النحوي " المكفوف الإمام في علم اللغة العربية، و " شافع بن علـ
عساكر العسقلاني " و " أبو القاسم عبد الرحمن بن يحيى الأسدي " و " الـ
عبيد الله بن عبد الله بن عتبة بن مسعود الهذلي " و " أبو الفتوح ابن التعاويـ
وكل هؤلاء من فحول الشعراء وأئمة اللغة العربية، وأخيراً نجد في أدبنا الحـ
الدكتور " طه حسين " وهو يتبوأ في الأدب العربي الحديث ما كان يمثله أبو الـ
في عصره.

غير أن عبقرية بعض المكفوفين لا تكفي لأن تؤيد ما يذهب إليه بـ
الناس، وهو أن المكفوف ألمع ذكاء من المبصر، وإذا توخينا الدقة، يمكن أن نقول
لسان هؤلاء: إن نسبة الأذكياء من المكفوفين أعلى منها لدى المبصرين، ويؤيد ـ
ما يذهبون إليه بدليل غامض، هو أن الله يعوضهم عن فقد البصر بتفتح البصيـ

أما القسم الآخر من الناس فلا يرى ما يراه الأول، ونظرته إلى هذا المو
أكثر تجرداً وموضوعية، إنهم يعترفون طبعاً بنبوغ بعض العباقرة من المكفوفيـ
أن هذا الاعتراف لا ينسيهم أن ثمة عباقرة آخرين من المبصرين، ويرون أن مـ
المقارنة بين ذكاء المبصرين وذكاء المكفوفين يرجع أمرها إلى المقاييس المـ
التي وضعت لقياس الذكاء، وأن المقارنة الإحصائية هي التي تعطي الجواب الـ
لهذه المسألة.

ولقد دلت نتائج الاختبارات التي طبقت على المكفوفين والمبصرين بأن الذكاء العام للفئة الأولى أدنى بنسبة غير ملحوظة من الذكاء العام للفئة الثانية، أي أن الفرق بين الفئتين فيما يتصل بالذكاء العام فرق يمكن إهماله، أما في قياس المعلومات العامة، فقد اتضح من تطبيق الاختبارات الخاصة بهذا المجال على فئتين متماثلتين من المكفوفين والمبصرين، إن المعلومات العامة لدى الفئة الأولى أقل منها لدى الفئة الثانية (1)، وهي نتيجة معقولة طبعاً بحكم أن مدى ما تطلع عليه العين وما تستطيع إدراكه أوسع وأرحب مما تستطيع الحواس الأخرى معرفته، ولهذا تكون حصيلة المبصر من المعلومات العامة أغنى منها عند الكفيف.

أما الاختبارات التي طبقت على المكفوفين، فكان أغلبها من الاختبارات الشفهية، وذلك لأن أي اختبار يعتمد على الإبصار يصبح في مجال التطبيق على المكفوفين غير صالح، وكذلك الاختبارات التي تعتمد كلية عن اللمس اختبارات مناسبة للمكفوفين واستعيض بها عن الاختبارات البصرية لقياس الذكاء عند المبصرين.

والحقيقة أنه لم توضع اختبارات شفهية خاصة لقياس ذكاء المكفوفين، بل إن الاختبارات الشفهية التي طبقت على المبصرين طبقت على المكفوفين أيضاً بعد تعديلها، وأشهرها اختبار " ستانفورد – بينيه Stanford Binet " الذي قام بتعديله Samuel Hyaes عام 1942 الذي استبدل اثني عشر سؤالاً مما لا تصلح للعميان بأخرى مناسبة، وفيما عدا ذلك اعتبرت جميع الأسئلة الواردة في اختبار ستانفورد – بينه صالحة.

ومن الاختبارات المستخدمة أيضاً اختبار وكسلر – بلفيو وهناك اختباران آخران أقل انتشاراً مما ذكرنا وهما The Yerkes Bridges Point Scale & The I. J. R. Intelligence Test for the Visually Handicapped.

---

(1) Baker H. J. Introduction to exceptional psychology, Macmillan. New York. 1980. P. 60.

والأصل من اختبار ذكاء الكفيف إلقاء السؤال وانتظار الجواب وتسجيله، وهذا يعني أن الاختبار يطبق بطريقة فردية، ومن الممكن تطبيقه جميعاً، وذلك بكتابته بطريقة بريل، وفي هذه الحالة لا بد من مراعاة الزمن الذي تستغرقه القراءة بطريقة بريل، وهي بطيئة بطبيعتها لأنها تعتمد على اللمس، وعادة يكون الزمن اللازم للقراءة بطريقة بريل ثلاث أو أربعة أضعاف الوقت اللازم للقراءة العادية لنفس الكمية، إلا أنه هذه الاختبارات الجمعية غالية الثامن ولا يسهل تداولها، وهذا يعلل عدم وجود اختبارات كافية من هذا النوع، وحتى يمكن تصحيح الاختبارات الجمعية لا بد وأن يكون المصحح ملماً بالقراءة بطريقة بريل أو أن تترجم الإجابات إلى الكتابة العادية.

ومن هذه الاختبارات الجمعية:

- The Kuhluman – Anderson Intelligence Test.
- The Otis – Classification Test.
- The Pressey Mental Survey or " Cross out " Test.

أما اختبارات التحصيل للمكفوفين فيمكن بطريقة فردية أو جمعية، وذلك بطريقة الكتابة بالحروف البارزة، وفي هذه الحالة لا بد من تقدير الزمن للكتابة البطيئة بطريقة بريل أو بالكتابة بالآلة الكاتبة، وكلاهما يستغرق في العادة أربعة أمثال الوقت اللازم للكتابة العادية.

ومن هذه الاختبارات عدد كبير في اللغة (الإنجليزية) والقراءة واللاتيني والأسباني والفرنسي والمعلومات العامة والحساب والرياضيات.

أما الصحيح عن ذكاء المكفوفين في نتائج الدراسات المختلفة فهو أن المكفوفين كطائفة، لا يختلفون عن المبصرين، رغم أن تطبيق الاختبارات عليهم دل على أن هناك فرقا ضئيلا لصالح المبصرين في نسبة الذكاء، إلا أن هذا الفرق يمكن

إهماله. كما دل على أن نسبة المتخلفين في الذكاء أعلى عند المكفوفين منها عند المبصرين.

(3 – 10) التطور البصري لدى المكفوف:

ينقسم الناس أيضاً إلى فريقين فيما تصل بالقدرة على التصور البصري لدى الكفيف، فيذهب فريق إلى أن الكفيف رغم عجزه عن الرؤية، قادر ببصيرته أن يرى الأشياء ويصفها بدقة، شأنه في ذلك شأن المبصر، ويستند هؤلاء فيما يذهبون إليه على ما يأتيه المكفوفين من بعض ضروب الوصف التي تحتاج للرؤية مما يعجز عنه بعض المبصرين أحياناً، وهم يرددون مع الشاعر الكفيف:

وجيش كجنح الليل يزحف بالحصى — وبالشوك والخطى حمر ثعالبه
غدونا له والشمس في خدر أمها — تطالعنا، والطل لم يجر ذائبه
بضرب يذوق الموت من ذاق طعمه — ويدرك من نجى الفرار مثالبه
كأن مثار النقع فوق رؤوسنا — وأسيافنا ليل تهاوى كواكبه
بعثنا لهم موت الفجاءة أننا — بنو الموت خفاق علينا سباسبه
فراحوا فريق في الأسار ومثله — قتيل، ومثل لاذ بالبحر هاربه
إذا الملك الجبار صعر خده — مشينا إليه بالسيوف نعاتبه

ولا يخفى طبعاً ما هذه الأبيات من صور بصرية حية حافلة بالحركة، وكأن قائلها حاد البصر قوي الملاحظة، وليس بشار بن برد الشاعر الكفيف.

وثمة شواهد أخرى كثيرة يعتبرها الفريق الأول مؤيدة لما يذهب إليه، إلا أن سؤالاً قد يخطر في أذهاننا ويجعلنا نشك في قيمة هذه الآثار الأدبية التي تضم في ثناياها صوراً بصرية تتسم بنفس القوة والعمق والدقة التي تتسم بها الصور البصرية التي ينشؤها المكفوفون تعني فعلاً أنها موجودة في خيالهم كما هي موجودة في خيال المبصرين، أو أن هذه الصور ليست أكثر من اقتران لفظي حفظه

الكفيف ثم استدعاه لتركيب صور بصرية لا تقابل في ذهنه شيئاً يمت إلى الواقع المرئي بصلة؟

ويبدو أن الإجابة على هذا السؤال توضح إلى حد كبير قيمة الصور البصرية التي أبدعها مكفوفون، والجواب جدير بأن يكون في غير صالح الفريق الأول، وأن يعزز رأي الفريق الثاني الذي يرى بأن هذه الصور ليست أكثر من تركيب لفظي، لعب فيه الاقتران دوراً كبيراً، إلا أن الاقتران قد لا يكون دائماً لفظياً بل قد يكون اقتراناً بين إحساسين، أحدهما بصري، فيلجأ الكفيف لإنشاء الصورة البصرية مستعيناً بالإحساس الآخر الذي يتلقاه فعلاً، ولتوضيح ذلك نقول إن لسان الكفيف قد يجري بالعبارة الآتية: إن السماء زرقاء أو إن السماء غائمة، وقد تكون فعلاً زرقاء أو غائمة، وكأنه يصفها كما يصفها المبصر، ولكن الكفيف مع ذلك لا يدرك هذا الإحساس البصري إلا من خلال الإحساس الآخر الذي يصاحبه وهو الإحساس بهدوء الجو الذي لا تتخلله الرياح أو الرعد أو المطر، وغير ذلك من الإحساسات التي يمكن لحواسه الأخرى أن تلتقطها، فيحكم عندئذ بأن السماء زرقاء صافية، وحينما يحس بحواسه الأخرى أن تلتقطها، فيحكم عندئذ بأن السماء زرقاء صافية، وحينما يحس بحواسه الأخرى أن الجو مضطرب ممطر يحكم بأن السماء غائمة، وهو حينما يريد أن ينشئ صورة بصرية إنما يعود إلى هذه الارتباطات الاقترانية يصوغ منها ما قد يحمل بعض الناس على الاعتقاد بأن الكفيف، رغم عجزه عن الإبصار، قادر على وصف بعض الأشياء وصفاً دقيقاً يصل إلى درجة الكمال أحياناً، وتصبح كثير من الارتباطات الاقترانية اللفظية لدى الكفيف مادة لصناعة هذه الصور، كالدم الأحمر على سبيل المثال والثلج الأبيض والليل الداجي والسيف القاطع... إلخ، أما المعنى الحقيقي للون الثلج الأبيض ولون الدم الأحمر ولون السماء الزرقاء فمعنى غامض لا يمكن للكفيف أن يفهمه إلا من خلال الإحساسات الأخرى المقترنة به، أما إذا لم تكن ثمة إحساسات تقترن بما هو بصري، فإنا لمعنى الحقيقي لهذه الارتباطات اللفظية يظل غامضاً في خيال الكفيف ويبقى مجرد اقتران لفظي، وهذا بالضبط هو موقف الفريق الثاني من مسألة قدرة

الكفيف على ابتكار الصور البصرية: وهم يستندون في هذا الرأي إلى الدراسات التجريبية التي أجريت على المكفوفين بقصد استجلاء، قدرتهم على التخيل أو التصور البصري.

والقدرة على التصور البصري هي مبدئياً استدعاء ما سبق أن شوهد فعلاً.

وهذا التعريف ينفي عن المكفوف، كما هو واضح، القدرة على التصور البصري، نظراً لأنه لم يسبق له أن مارس إحساسات بصرية، يقوم بتركيب صور من هذه الإحساسات، وينطبق هذا، بوجه خاص، على الطفل الذي ولد أعمى، أما أولئك الذين فقدوا البصر بالتدريج، فإنهم يملكون قدراً من القدرة على التصور البصري يتفاوت طبقاً لسن الإصابة بالعاهة ولعوامل أخرى تتعلق بغنى التجارب والخبرات التي اكتسبوها في فترة حياتهم التي عاشوها وهم يبصرون، ومع ذلك فإن هذه القدرة على التصور البصري لدى هؤلاء تزول تدريجياً كما هو الشأن لدى المبصرين الذين يفقدون خبراتهم المبكرة بمرور الزمن، وتروي " دوتيش " وقد ولدت عمياء أن التصور البصري لم يقع لها في أحلامها، غير أن التصور السمعي كان يتكرر دائماً، ويروي " دوماس " في أحد تقاريره أن ستة من الأطفال أصيبوا بالعمى بعد الولادة، ولكن قبل أن يبلغوا سن الخامسة من العمر، كانت تعرض لهم تخيلات بصرية في أحلامهم، ولكنه يذكر بالمقابل أن ستين طفلاً آخرين كانت إجاباتهم سلبية بخصوص التصور البصري.

ونخلص مما سبق إلى أن افتراض وجود صور بصرية في أحلام المكفوفين سيما المكفوفين بالولادة افتراض خاطئ، وأصل هذا الخطأ يرجع إلى الاعتقاد بأن الكفيف يمارس نوعاً من النشاط التخيلي في أثناء اليقظة، وأن هذا النشاط التخيلي يشتمل على صور بصرية، وأن هذه الصور البصرية تعود أثناء النوم لتدخل في تكوين الحلم، وبذلك تكون الصور البصرية الداخلة في تكوين الحلم من أصل بصري.

ودفعاً لمثل هذا الخطأ الذي قد يقع فيه بعض الناس، لا بد من استعراض موجز لعملية التخيل ذاتها والأسس التي يرتكز عليها النشاط التخيلي بوجه عام.

تطلق عملية التخيل في علم النفس على عمليتين متميزتين:

- الأولى: استرجاع الصور الحسية في الذهن.
- والثانية: ربط هذه الصور بعضها ببعض بحيث تستحدث مركبات ذهنية جديدة.

وللتمييز بين هاتين العمليتين يطلق على الأولى اسم التخيل الاستحضاري، أو التصور، ويطلق على الثانية اسم التمثيل الإنشائي.

ومن الواضح أن الشخص الذي يمارس واحدة من هاتين العمليتين أن يمارسهما معاً لا يأتي بشيء جديد، بل هو يسترجع الصور الحسية التي سبق أن التقطتها حواسه واختزنها شعوره، ثم يقوم بتركيب قد يكون جديداً، لم يسبق له أن أحسه في الواقع، إلا أن العناصر التي يتركب منها التركيب الجديد، إنما هي عناصر حسية موجودة فعلاً ومختزنة في ذاكرة الفردة الذي يمارس هذه العملية.

أما الصور المستحضرة ذاتها، أو التي تدخل في عملية التخيل الإنشائي، فتختلف باختلاف الحواس التي تتلقاها، ولهذا يمكن تمييز أنواع مختلفة من الصور: بصرية وسمعية وحركية... إلخ، وهنا يمكننا التأكيد بأن الكفيف لا يمكنه أن يمارس النشاط التخيلي بعناصر بصرية، ذلك لأن شعوره وذاكرته يخلوان من هذه الصور، فلا يسعه استحضارها، لأنها غير موجودة أصلاً، ولا يسعه بالتالي أن يركب منها تركيبات تخيلية جديدة.

فإذا كان الحلم يستمد أصوله من حياة اليقظة بكل أنواع نشاطها، الحسي والواقعي أو التخيلي، أدركنا بأن حلم الكفيف يخلو قطعاً من هذه الصور

وتركيباتها، لأن حياة اليقظة خالية أصلاً من الإحساسات البصرية وما يترتب عليها من ألوان النشاط التخيلي.

ومما هو جدير بالذكر في هذا الصدد، أن التجارب التي أجريت على الأطفال ضعاف البصر، وهي تجارب تعتمد على الرسم، دلت على أن قدرة الأطفال ضعاف البصر في الرسم هي نفسها قدرة الأطفال سليمي البصر، وهذا يشير إلى أن الصورة الإطارية تعبير صادق عن التكوين النفسي والجسمي عند الطفل مما يحملنا على استبعاد التجارب البصرية كأساس هام في تقدير رسوم الأطفال، فالطفل لا يتصور الأشياء على حقيقتها وهو في هذا المجال كشخص ضعيف البصر لا يلعب بصره دوراً هاماً في إدراكه للأشياء أو في تصوره لها.

ولكن الأمر يختلف بالنسبة للطفل الكفيف، ذلك لأن الطفل سليم البصر أو ضعيفه إنما يستعين بالمدركات البصرية، كمادة خام، ثم يضفي عليها شخصيته بكل ما فيها من نشاط، أما الطفل الكفيف فمحروم من المادة الخام، وهو لهذا، إذا أتيح له أن يرسم، بصورة ما، فهو يسقط شخصيته على الصورة التي يرسمها، وهو في مجال الرسم لن يفلح لا في التعبير عن شخصيته ولا في التعبير عن الموضوع الذي يطلب منه أن يرسمه، لأن الحاسة الأولى التي يعتمد عليها في الإتقان هنا هي حاسة البصر، ولكن قد يكون الكفيف أقدر على التعبير عن نفسه أو عن الموضوعات التي لا يعتمد في إدراكها على البصر من المبصر، فمما لا شك فيه أن الكفيف الذي تهيأ له أن يعزف على آلة موسيقية يستطيع أن يعبر عن الخلجات الإنسانية العميقة وأن يعبر أيضاً عن الموضوعات الخارجية المعنوية تعبيراً قد يبلغ من الإتقان ما يبلغه الموسيقي المبصر أو يفوقه، ولعل هذا هو نفسه ما أراد أن يشير إليه (كورولنكر) حينما وصف بطله الأعمى وهو يصور بنانيه صور الطبيعة، وكأن نغماتها ترسم الطبيعة بكل ما فيها من ألوان وسحر.

ولا بد أن نعود هنا إلى تكرار ما سبق أن ذكرناه وهو أن تفوق الكفيف في حدة الحواس، فيما عدا حاسة الإبصار، إنما هو فرق الدرجة لا في النوع. وهذا الفرق

ناشئ عن المران الذي يمارس به الكفيف قسراً حواسه الأخرى لتعوضه عن فقده حاسة الإبصار.

ومن هنا كان النشاط التخيلي بنوعيه لدى المكفوفين أوسع مدى منه لدى المبصرين.

القدرة على الإحساس بالحواجز:

وقد استرعى نظرة الناس قدرة بعض المكفوفين على الإحساس بالحواجز، وقام بعض العلماء بإجراء تجارب على المكفوفين لمحاولة تحديد طبيعة هذه الحاسة "السادسة " لديهم التي يبدو أنها غامضة تماماً، وأجرى دولانسكي Dolansky بعض التجارب الدقيقة نشرها في المجلة السيكولوجية عام 1930 بعنوان: هل يملك المكفوفون الإحساس بالحواجز؟ وفي هذه التجارب كانت توضع أقنعة على وجوه العميان حتى لا يشعروا بأي تغير بضغط الهواء من الأشياء القريبة واستطاع العميان الحكم بوجود الحواجز القريبة سواء بالأقنعة أو بدونها، ولكن بثقة أقل في أحكامهم أثناء وضع الأقنعة على وجوههم، وحينما عمد دولانسكي إلى تغطية آذان المكفوفين منعاً لوصول إحساسات سمعية إليهم، عجز هؤلاء عن الحكم بوجود الحواجز بدقة، أما كيف تستطيع الأذان أن تنبئ عن وجود حواجز قريبة، فهذا لم يتكشف أمره بعد، ولكن الاعتقاد السائد هو أن المكفوفين يلتقطون بآذانهم أدق الإحساسات الصوتية التي يبنون عليها حكمهم بوجود حواجز قريبة، وأجريت تجارب أخرى بقصد تفسير ظاهرة الإحساس بالحواجز لدى المكفوفين وذلك بإدخال تغييرات مختلفة في نظام التجربة كاختلاف درجة الحرارة واختلاف طبيعة الأرض، وقام " هيز Hayes " بتلخيص هذه التجارب المختلفة التي لم تقطع بشيء حاسم في هذا الموضوع، ولكن يمكن القول مع ذلك بأن الكفيف يستعين بمختلف

الإحساسات وتغيراتها كتغير درجة الحرارة والطنين الصوتي وتغير طبيعة الأرض وتغير الروائح ويستغلها كلها كوحدة ليكون فكرة عن الموقف الذي هو فيه[1].

(3 – 11) تعليم المكفوفين والبرامج الخاصة بهم:

نستطيع أن نقرر أن العاهة التي يعاني منها المكفوفون، من الممكن ألا تكون حائلاً بينهم وبين مداومة التعليم أو الإعداد لمهنة من المهن أو عمل من الأعمال يتفق وقدراتهم وميولهم وما وصلوا إليه من تعليم وتدريب وذلك إذا توافرت الشروط البيئية السليمة لرعايتهم وتعليمهم وتوجيههم.

(3 – 12) مشكلات التنظيم:

1. اكتشاف الطفل الأعمى:

يجب أن تعمل ترتيبات خاصة للكشف عن الأطفال المكفوفين في المجتمع، وخاصة من هم في سن الإلزام، طالما أنه أصبح من الواجب في المجتمعات المتمدنة تقديم التعليم المناسب لهذه الفئة من الأطفال، لذلك يجب أن تجري اختبارات القدرة البصرية لجميع الأطفال في هذه السن بطريقة منتظمة، ويمكن أن يقوم بهذه العملية الزائرات الصحيات أو بعض الممرضات اللائي يكون لهن الخبرة في هذا الميدان، وذلك تحت إشراف الطبيب المدرسي المختص بالعيون، وبهذه الطريقة يمكن حصر جميع الأطفال الذين في سن المدرسة والذين يعانون من قصور واضح في الإبصار أو من نقص في حدته.

2. أين يتعلم هؤلاء الأطفال؟

من الممكن إذا ما تواجد العدد الكافي لافتتاح فصل يضم الأطفال المكفوفين الحاقه في إحدى المدارس العادية، إذ أن ذلك يجعل التلاميذ المكفوفين يشعرون أنهم

(1) Baker H. J. Introduction to exceptional children Macmillan. New York. 2001. P. 60.

في بيئتهم الطبيعية، كذلك يجب أن تعمل الترتيبات والتسهيلات اللازمة لتقديم وسائل النقل المناسبة لهؤلاء التلاميذ، وخاصة من يسكن منهم في أماكن بعيدة.

كما يتم تعليم المكفوفين ورعايتهم في معاهد خاصة بهم، حيث تقدم لهم أحسن طريق التعليم والتأهيل والتوجيه المهني وفقاً لقدراتهم وميولهم وما حصلوا عليه من تدريب وتعليم.

3. حجرة الدراسة:

يجب أن تكون حجرة الدراسة المخصصة للعميان من النوع الواسع الذي يسمح بتزويده بالأجهزة المختلفة التي يحتاجها تعليم هؤلاء الأطفال.

ومن الناحية السيكولوجية، وجد أن نمط الصفوف التي تسمى صفوف " برايل " تسمح بتنمية ذوات الأطفال العميان عن طريق ما يتاح لهم من فرص الحركة في الفصل والتعلم وفق طريقة برايل وفي ممارسة الأعمال المهنية المختلفة.

وتختلف الصفوف الخاصة بالعميان عن صفوف العاديين، ففي صفوف العميان، قد يحدث أن يكون عدد تلاميذ الفصل من فرق دراسية مختلفة، ويحسن ألا يصل عددهم أكثر من 15 طفلاً، وهذه الحجرة الدراسية هي حجرة للمذاكرة والتحصيل والشرح، إلا أنه لا مانع في دروس التسميع من أن يشتركوا مع زملائهم الأطفال العاديين في المدرسة، ويتطلب هذا تعاوناً إيجابياً بين مدرسي الفصول العادية وفصول العميان، ولا شك أن هذا الاشتراك من وقت لآخر يؤدي إلى التقليل من حدة عقدة النقص عند هذه الفئة من ذوي العاهات، كما يعمل على تنمية ذواتهم.

4. المكتبة:

يجب العمل على تزويد مكتبة الفصل بالمواد المختلفة لتعليم المكفوفين، ومنها الكتب القائمة على طريقة برايل، والكتب الناطقة وغير ذلك من المواد القراءة، وترجع أهمية ذلك إلى عدة أسباب، منها أنه يتعذر على الكفيف شراء هذه

الكتب لكبر حجمها وغلو ثمنها، وكثرة تكاليفها، مما يمنع دور النشر المختلفة عن طبع هذه الكتب لعدم وجود أسواق كافية لها، الأمر الذي يدعونا إلى المناداة بإنشاء مطابع خاصة لطباعة كتب المكفوفين، ومن المهم أن ننظر دائماً في طبع الكثير من الكتب الجديدة المنشورة لتزويد مكتبات العميان بها.

5. الوسائل المعينة:

من الضروري توفير الأجهزة والأدوات والوسائل التعليمية اللازمة لتعليم المكفوفين، ومنها كتب برايل، والآلات الكاتبة، والخرائط الخشبية البارزة، واللوحات والمكعبات الحسابية، ومنها الكتب الناطقة، وقد سجلنا في الجمهورية العربية المتحدة الكثير من الكتب الصوتية للطلاب والطالبات الكفيفات إلا أن بعض هذه الكتب منسوخاً بطريقة برايل.

6. تكاليف تعليم الطفل الأعمى:

إن تكاليف تعليم الطفل الأعمى تفوق تكاليف تعليم الطفل المبصر وترجع كثرة التكاليف إلى عدة أسباب: إن عدد التلاميذ المكفوفين في الصف الواحد قليل، إن هناك تجهيزات خاصة بالمكفوفين تختلف في نوعها عن صفوف المبصرين، كذلك فإن كتب المكفوفين، والمكتبة، والأجهزة والأدوات الأخرى تكاليفها غالية الثمن، هذا بالإضافة إلى قلة الجهات المختلفة التي تنتج هذه الأدوات، كذلك فإن التلاميذ المكفوفين يحتاجون إلى رعاية طبية وجسمية وغذائية وطريقة في التعليم تختلف عن الأطفال المبصرين، ويقدر (بست) هذه التكاليف أنها تساوي ثلاثة أميال تكاليف الأطفال المبصرين في الصفوف النظامية للأطفال المبصرين.

7. الاتصال بالبيت:

إن تكوين علاقات قوية بين البيت والمدرسة هو أمر ضروري للوصول إلى فهم أحسن للمكفوفين ولتوفير البيئة المناسبة لرعايتهم وتعليمهم، لذلك يجب أن يقوم

مدرسي الفصول الخاصة بزيارات متعددة لمنازل الأطفال المكفوفين، كما يزور الآباء الفصول الخاصة، وتتمثل أهمية هذه الزيارات في أن المدرس يستطيع أن يقف على إمكانيات المنزل من الناحية الصحية، وهل تتاح للطفل فرص النمو والحركة، وهل إمكانيات المنزل إجمالاً من النوع الذي يؤدي إلى رعاية الطفل الكفيف، وفي بعض البلدان، تعين الإدارات التعليمية المسؤولة مدرساً لزيارة بيوت العميان، ويقوم بدراسة ظروف المنزل، ومحاولة اكتشاف كل الإمكانيات التي تساعد على إشباع الحاجات المختلفة للطفل الأعمى، ويجب أن نضع في اعتبارنا أن الطفل الأعمى في حاجة إلى رعاية صحية خاصة، وأن آباء الأطفال العميان في حاجة إلى إمدادهم ببعض النصائح التي تساعدهم على فهم أطفالهم، وتوفير الرعاية السليمة لهم، كل ذلك لا يتم إلا عن طريق تبادل الزيارات بين الآباء والمدرسين.

(3 – 13) برامج تعليم المكفوفين:

تضع البلاد التي قطعت شوطاً كبيراً في مجال رعاية وتعليم المكفوفين برامج دراسية خاصة بهم، تبدأ من رعاية الأطفال حتى المدرسة الثانوية، ويستطيع المكفوفون الذين أظهروا تفوقاً أن يلتحقوا بالجامعات، كما هو الحال في الجمهورية العربية المتحدة.

وتشبه هذه البرامج إلى حد كبير برامج الأطفال العاديين، ولكن الفرق بينهما يكمن فقط في الطريقة التي تنقل بها المعلومات إلى العميان، وبالإضافة إلى البرامج الأكاديمية التعليمية، يجب العمل على إدخال مقررات أخرى يقصد بها توجيههم المهني، ويختلف الرأي هنا بالنسبة لهذا النوع من التعليم، فهناك من ينادي بأنه ليس هناك ثمة ضرورة للتعليم المهني للعميان طالما أنهم سيواصلون دراستهم في الكليات الجامعية والمعاهد العليا، إلا أننا نرى أن المجال سوف لا يكون متاحاً لجميع المكفوفين، لذلك وجب أن ندخل في الدراسة ما يلي:

1. مقررات عملية، كالتدريب على الآلة الكاتبة، والعمل في بعض المحال التجارية... إلخ.
2. مهن بسيطة، مثل عمل السجاد، والأسبتة، والمكانس وغير ذلك.

3. مقررات في الموسيقى.

والمهم أنه يجب أن يراعى عند توزيع الأطفال العميان على هذه المقررات ميول كل طفل، ويتم توزيعهم حسب ما لديهم من ميول واستعدادات ومن هنا تبدو أهمية إدخال التوجيه التعليمي والتأهيل والتوجيه المهني في الدور والمؤسسات التي تقوم برعاية وتعليم العميان.

ونسوق في هذا الصدد مثالاً عن برامج تعليم المكفوفين في "المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين" بالزيتون والنشاط الذي يقوم به، وهي تتضمن النواحي التالية:

1. التعليم العام والتعليم المهني للأطفال المكفوفين ممن يتراوح سنهم بين 6 – 16 سنة.
2. التعليم المنزلي للمكفوفين من الجنسين في منازلهم.
3. تهيئة العمل للمكفوفين في المصانع الخاصة وعن طريق إنشاء صناعات منزلية أو أعمال خاصة.
4. طبع وتوزيع الكتب وغيرها بطريقة برايل.
5. تشكيل لجنة للوقاية من أسباب كف البصر وأقسامه.
   أ) وضع قواعد تعريف كف البصر وأقسامه.
   ب) تنظيم بحوث عن أسباب كف البصر.
   ج) وضع قواعد تسجيل المكفوفين.
   د) توسيع مجال الإفادة من الوسائل المتبعة للوقاية من كف البصر.
6. تدريب المصريين ورعايا الدول العربية الأخلى على الخدمات التي تقدم للمكفوفين، ويبلغ عدد المكفوفين الذين تشملهم خدمات المركز المذكور 7500 كفيف سنوياً.

(3 – 14) طرق تعليم المكفوفين:

شاع في مجال تعليم المكفوفين طريقتين أساسيتين هما:

أولاً: طريقة برايل:

تستعمل هذه الطريقة في تعليم المكفوفين القراءة والكتابة، وتنسب هذه الطريقة إلى (لويس باريل)، إلا انه بعد عام 1919 أجريت تعديلات عليها، ومن ثم ظهرت طريقة " برايل المعدلة ".

ويقصد بهذه الطريقة نوع من الكتابة البارزة التي يستطيع الكفيف بواسطتها أن يتعلم الكتابة والقراءة، ويمكن تلخيص الأساس الذي تقوم عليه فيما يلي:

1. قلم عبارة عن مسمار مثبت في قطعة خشبية أو من الألمنيوم مناسبة من حيث الحجم والشكل بحيث يتمكن الكفيف من الكتابة بواسطته بسهولة.
2. مسطرة معدنية تتكون من فرعين متصلين من طرف واحد بواسطة مفصلة بحيث يتحرك الفرعان بسهولة، والفرع العلوي مقسم إلى خانات في صفوف، ويختلف عدد الصفوف والخانات باختلاف حجم المسطرة، والخانة عبارة عن مكان مفرغ من مادة المسطرة، وكل خانة مقسمة إلى ست أقسام، وكل قسم يمثل رقماً كما يتضح من الشكل التالي:

1	0	0	4
2	0	0	5
3	0	0	6

ومن هذه الأقسام الستة يستطيع الكفيف أن يكون جميع الحروف، أما السطح السفلي وإن كان مقسماً إلى خانات، إلا أن هذه الخانات غير مفرغة، وكل خانة تحتوي على ست نقط تقابل الستة أقسام في الفرع العلوي.

3. وتتحرك هذه المسطرة على لوحة خشبية عريضة بعرض المسطرة عربياً، يوجد على جانبيها أخدودين غير عميقين يحتويان على ثقوب متقابلة تثبت فيها المسطرة عن طريق بروزين يوجدان على الفرع السفلي للمسطرة، ويوجد في الطرف العلوي من اللوحة الخشبية مفصلة فائدتها تثبيت الورق على اللوحة.
4. الورق الذي يستخدمه الكفيف هو من النوع السميك مثل الورق الذي يستخدم في رسم خرائط الجغرافيا، وذلك حتى يستطيع أن يكتب عليه الكفيف حروفاً وكلمات بارزة دون أن يثقب.

وتسير طريقة الكتابة على النحو التالي:

1. يضع الكفيف الورقة بين فكي المفصلة على اللوحة الخشبية، ثم يقفل هذه المفصلة بقفل خاص.
2. يدخل الورقة بين فرعي المسطرة، وتثبت المسطرة في الثقوب العلوية للوحة، ويكون ذلك من أعلى إلى أسفل، ثم يقفل المسطرة، ويوجد في الطرف السفلي للمسطرة نتوء بسيط يثقب الورقة لكي يزيد تثبيتها في المسطرة.
3. يضع الكفيف القلم في وضع رأسي، مبتدئاً بالخانة الأولى في الصف الأول من على اليمين، ثم يضغط بالقلم على الورقة متحركاً من رقم 1 إلى رقم 6، وينتقل إلى الخانات المجاورة في الصف الأول حتى ينتهي منه، ثم يعود مبتدئاً بالخانة الأولى من على اليمين في الصف الثاني، وهكذا حتى ينتهي من جميع الصفوف على المسطرة.

4. إذا انتهى من جميع الصفوف المسطرة يحرك المسطرة إلى أسفل ويثبتها في المكان الذي كانت مثبتة فيه أولاً وهكذا حتى ينتهي من كتابة الورقة كلها، وطول الورقة غالباً يكون مطابقاً لطول المسطرة.
5. بعد الانتهاء من كتابة الورقة يفتح مفصلة اللوحة الخشبية ويأخذ الورقة ثم يضع ورقة أخرى وهكذا.

أما القراءة: فإن الكفيف يقرأ من اليسار إلى اليمين، ويكون ترتيب الأرقام كما في الشكل الآتي:

1	0	0	4
2	0	0	5
3	0	0	6

ويسمى الرقم (1) أولى، (2) ثانية، (3) ثالثة، (4) رابعة، (5) خامسة، (6) سادسة.

وفيما يلي رموز لبعض الحروف وأشكالها بطريقة برايل:

أ	1: أولى
ب	1 – 2: أولى – ثانية
ت	2 – 3 – 4 – 5
ث	1 – 4 – 5 – 6
ج	2 – 4 – 5
ح	1 – 5 – 6
خ	1 – 3 – 4 – 6
د	1 – 4 – 5
ذ	2 – 3 – 4 – 8

والأساس الذي تقوم عليه الطريقة أن الكفيف يمر بأنامله على النقط البارزة.

ثانياً: طريقة تيلر:

أول من ابتكر هذه الطريقة لحل العمليات الحسابية (وليم تيلر) المدرس بمعهد المكفوفين بجلاسجو، وكان ذلك حوالي عام 1838 وسميت باسمه، ويمكن باستعمال رموز خاصة بهذه الطريقة حل جميع العمليات الحسابية والجبرية، وبذلك أمكن حل العمليات الرياضية التي لا يمكن أداؤها بطريقة برايل وحدها.

ولوحة تيلر عبارة عن لوحة معدنية بها ثقوب على شكل نجمة لها ثمانية زوايا في صفوف أفقية ورأسية في نفس الوقت، أما الرموز والأرقام فهي عبارة عن منشورات رباعية مصنوعة من المعدن قريبة الشبه بحروف الطلبة، ويوجد نوعين من الأرقام: النوع الأول ينتهي أحد طرفيه من أعلى بنتوء على هيئة شريط، وأما الطرف الآخر فينتهي ببروزين على هيئة نقطتين، وهذا النوع الأول يستخدم في حل العمليات الحسابية، أما النوع الثاني فإنه ينتهي من أحد طرفيه بنتوء على شكل مثلث، والطرف الآخر ينتهي بنتوء على شكل زاوية قائمة.

(3 – 15) معلمو الكفيف:

في الواقع إن تعليم المكفوفين يتطلب معلمين ممن تلقوا قسطاً كافياً من التعليم، وتدريباً متخصصاً، ولا يختلف إعدادهم في بدايته عن إعداد المدرس العادي، بمعنى أنهم يحصلون على نفس الدراسات النظامية التي يحصل عليها المدرسون العاديون، وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم يجب أن يكونوا على إلمام كافٍ بالنواحي التالية:

أ. دراسة تشريحية لجهاز الإبصار.
ب. الإجراءات الوقائية والعلاجية.
ج. أحسن وسائل تعليم العميان.
د. التعرف على برامج التربية الرياضية المناسبة للعميان.
ه. الإلمام بمبادئ علم الأشغال والمهن البسيطة والمقررات العملية التي تستعمل في مدارس العميان لتدريب هؤلاء الأطفال على استعمال يدهم.

ويجب أن يختار معلمو المكفوفين من بين الشخصيات التي تتميز بالإنسانية والصبر والمهارة في معاملة المكفوفين، وفي الاتصال بآبائهم ومدرسيهم النظاميين من أجل تنسيق البرنامج التربوي الذي يقدم لهم.

ونشير في هذا الصدد إلى أن البعض يرى أن الكفيف من الممكن أن يقدم لزميله الكفيف تدريساً حسناً، بينما يكون من الصعب على المدرس المبصر أن يتوصل إلى مشكلات التعليم من وجهة نظر الكفيف، فالمدرس المبصر يميل إلى أن يتوقع استجابات مشابهة لتلك التي تصدر عن المبصر، كذلك فإنه من الصعب عليه أن يتحدث إلى الطفل الكفيف في عبارات يفهمها، لأنه في هذه الحالة يفترض أن الأطفال المكفوفين لديهم نفس حصيلة المعرفة التي عند الأطفال المبصرين، ولذلك فإن الجهات المسؤولة تُعنى عناية فائقة في اختيار هيئة التدريس، وقد تقوم بعض المدارس بتعيين مدرساً واحداً كفيفاً مع كل اثنين من المدرسين المبصرين، أو واحداً من كل ثلاثة، أو مدرساً كفيفاً مع آخر مبصر.

وفي الواقع إنه يجب مراعاة عدة نقاط لها أهميتها في رعاية وتعليم وتوجيه المكفوفين، نفردها فيما يلي:

1. التوسع في الخدمات الاجتماعية والبيئية والتربوية للمكفوفين بحيث تشمل برامج رعاية المكفوفين معظم المواطنين الذين يكف بصرهم بأنحاء الجمهورية.
2. اهتمام المسؤولين في الناحية الصحية بعمل إحصائية شاملة للمكفوفين بالجمهورية والاستعانة بالمؤسسات التي ترعى المكفوفين، حتى يمكن تحديد الأسباب المؤدية لهذه الإعاقة الخطيرة، والعمل على توفير الشروط الوقائية التي تحمي المواطنين.
3. وضع برامج تدريبية للمدرسين الذين اختيروا بعناية للتدريس بمعاهد النور لتزويدهم بالمعلومات والمهارات التي تمكنهم من معاملة المكفوفين وتوجيههم، ويدخل ضمن برامج التدريب دراستهم للصحة النفسية وسيكولوجية المكفوفين، والتربية الخاصة: أصولها وطرقها، والتدريب على إنتاج وسائل

تعليمية معينة، والمعرفة والمهارة بطريقة برايل وطريقة تيلر في تعليم المكفوفين، والتربية العملية، هذا بالإضافة إلى بعض المواد الأكاديمية.

4. العمل على توفير مطبعة خاصة بكتب المكفوفين، وتزويد معاهد المكفوفين بتسجيلات صوتية لكتب ذات صلة وثيقة بالمناهج المقررة، وغير ذلك من الأجهزة والأدوات والوسائل التعليمية اللازمة لتعليم المكفوفين.

5. اتباع أحدث الطرق في تعليم الكتابة والقراءة بطريقة برايل والحساب بطريقة تيلر، حتى لا ينعزل الكفيف عن البيئة التي يعيش فيها، ويتفاعل بسهولة مع زملائه المبصرين، وهذا من شأنه أن يدمج المكفوفين مع زملائهم المبصرين بالمدارس اعتباراً من المرحلة الثانوية بعد إعدادهم إعداداً فنياً بالمرحلتين الابتدائية والإعدادية.

6. أن تكون مادة التربية الرياضية أساسية بمراحل التعليم المختلفة حيث إن الكفيف أحوج ما يكون لتمرين جسمه ومرونته لمواجهة ما يحيط به.

- التوسع في برامج التأهيل والتوجيه المهني للمكفوفين.
- توزيع المؤهلين من المكفوفين كل على محافظته لتشغيلهم، ومما لا شك فيه أن نصيب المكفوفين من اهتمام القائمين برعايتهم وتأهيلهم في الحقلين الأهلي والحكومي كان إلى وقت قريب أكثر من نصيب الكفيفات لاعتبارات اجتماعية كثيرة، ومع تطور الوعي وحصول الفتاة على كثير مما كانت محرومة منه في ذلك الميدان من تعليم وتأهيل وعمل، ارتفعت نسبة الاهتمام بهن، وهذا يدعو إلى التفكير في النظر في نسبة الـ 2٪ المسموح بها عند تشغيل الكفيف وعدم التقيد بها، وجعل الأساس في التشغيل الكفاية والمؤهل وخصوصاً وقد وصل كثير من المكفوفين والكفيفات إلى مرحلة التعليم العالي.
- أن تعمل الجهات المسؤولة عن رعاية وتوجيه المكفوفين على الاتصال بالهيئات الخارجية الشهيرة برعايتها للمكفوفين، للحصول على بيانات وخبرات بكل

ما يستجد هناك في مجال تعليمهم لكي يتيسر الإفادة منها أو الاهتداء بفكرتها في إنتاج وسائل ومعدات تعليمية تناسب الأحوال عندنا.

- يجب أن تتعاون الوزارات (التربية والتعليم، والشؤون الاجتماعية، والصحة، والشباب، والإدارة المحلية، والعمل وغيرها) والمؤسسات والمعاهد التي تهتم بالمكفوفين ومراكز البحوث الاجتماعية والنفسية، على توفير أحسن الشروط لرعاية وتعليم وتأهيل وتوجيه المكفوفين.

(3 – 16) ضعاف البصر:

يجد القائمون على تربية النشئ في المدارس فئة من الأطفال تعاني من انحرافات تتصل بالحواس وبخاصة حاسة البصر وحاسة السمع، ومما هو جدير بالذكر أنه إلى عهد قريب كان ينظر إلى موضوع تنظيم دراسات خاصة للذين يعانون من هذه الانحرافات على أنه ترف ليس فيه كبير فائدة، وأنه إضاعة للوقت والجهد، وظلت الحال هكذا حتى أثبتت الدراسات النفسية والتربوية في السنوات الأخيرة وجوب الأخذ بناصر هؤلاء وضرورة العناية بهم، شأنهم في ذلك شأن غيرهم من الأطفال السويين الذين لا يعانون نقصاً أو شذوذاً، وأخذ من ذلك الوقت في إعداد دراسات خاصة وإنشاء صفوف ومعاهد تضمهم، وكان هدف هذه المعاهد هو العناية بهؤلاء الشواذ والقيام على أمرهم حتى يصبحوا أفراداً يتمتعون بالحياة في حدود إمكانياتهم.

ولقد خطت الأمم المتحضرة في علاج الحواس خطوات واسعة بعد مرحلة طويلة من البحث والتجريب والإحصاء، وأخذت تفكر على ضوء تلك النتائج في أنجح الوسائل والتنظيمات التي تهيء لهؤلاء الأطفال الحصول على أكبر قسط من التعليم في حدود مواهبهم البصرية، ونذكر على سبيل المثال ما فعلته الولايات المتحدة الأمريكية في هذا الشأن بعد دراسة إحصائية مدتها إلى ضرورة إنشاء صفوف خاصة لبعضهم، إلا أنه ما زال يوجد عدد آخر من هؤلاء الأطفال لم تقدم لهم العناية الخاصة، فهم لا يزالون يواصلون دراساتهم في الصفوف العادية متعرضين في

ذلك إلى صعوبات عدة، ومما هو جدير بالذكر أننا لا زلنا في الوطن العربي في حاجة شديدة إلى أن نولي هذه الفئة من الأطفال اهتماماً متزايداً، حتى لا يتعرضوا إلى مشكلات تؤدي إلى تخلفهم في الدرس والتحصيل، وبالتالي عجزهم عن مجابهة مطالب الحياة، فيكون مصيرهم الفشل، والتعرض للصدمات النفسية التي تجعل منهم أداة غير نافعة للأسرة أو للمجتمع.

من هو ضعيف البصر؟

إن ضعيف البصر هو ذلك الطفل الذي تقع حدته البصرية بين $\frac{2}{200}$، $\frac{20}{70}$ حسب مقياس لوحة سنلن، وذلك بالنسبة للعين الأحسن، وبعد تقديم الخدمات الطبية والمساعدات البصرية، ويلاحظ أن الطفل الذي تقل حدة إبصاره عن $\frac{20}{70}$ لا يستطيع قراءة الحروف في الكتب العادية المستعملة في المدارس إلا بجهد عنيف قد يؤدي بالبقية الباقية من إبصاره.

(3 – 17) فئات ضعاف البصر:

جرت العادة إلى تقسيم هؤلاء الأطفال إلى مجموعتين:

- الأولى: حالات الضعف الثابتة.
- الثانية: حالات الضعف الطارئة.

وتشمل المجموعة الأولى الحالات التالية:

أ. كل من كانت حدة بصره في أحسن العينين بين $\frac{20}{70}$، $\frac{20}{200}$ (مع استعمال النظارة)، أما ما دون ذلك فيعتبر من فئة المكفوفين.

ب. المصابون بعيوب بصرية خاصة ومنها قصر النظر، وانحراف النظر.

أما المجموعة الثانية: فتشمل تلك الفئة من الأطفال الذين يعانون ضعفاً مؤقتاً في أبصارهم، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى ذلك:

أ. أمراض العين المختلفة.

ب. الجروح والإصابات والكدمات التي تصيب العين.

ج. الصدمات النفسية.

وهكذا نرى أن ضعف البصر ليس نوعاً واحداً، وذلك أن العلة في بعض الحالات تكون مؤقتة، تزول بزوال السبب على حين أن علة بعضها الآخر تظل ثابتة، ويحتاج المصابون من الفئة الأولى إلى عناية دقيقة، بينما يحتاج أفراد الفئة الثانية إلى نوع من العلاج والعناية دائمين.

(3 – 18) الكشف عن ضعاف البصر بين التلاميذ:

لاختبار البصر صحائف عليها علامات أو حروف مرتبة في سبعة أسطر تحت كل منها المسافة التي يراها أصحاب النظر الطبيعي مقدرة بالأمتار والأقدام، ويمكن التعبير عن قوة البصر لدى فرد معين بالطريقة الآتية:

جعل عدد الأقدام للقابلة لآخر سطر قرأه المفحوص صواباً مقاماً لكسر بسطه 20، فإذا فرضنا على سبيل المثال أن الشخص المختبر لم ير إلا الصف الرابع من أعلى، كان معنى هذا أن وقته البصرية تعادل $\frac{2}{40}$، وإذا لم ير إلا الصف الخامس تكون قوته البصرية $\frac{30}{50}$ وهكذا.

وهناك اختبارات متعددة يمكن أن يستعملها المدرسون للكشف عن الجهاز البصري للتلاميذ، وسوف نصف الآن بعضاً منها، حتى نقف على مزاياها:

- **جهاز كيستون للمسح البصري:**

يطلق على هذا الجهاز أحياناً الاصطلاح (Telebinoculan)، وهو يحدد القدرة البصرية للطفل بطريقة شاملة، ولا يقتصر فقط على اكتشاف هؤلاء الأفراد الذين يعانون من قصر الإبصار أو طول الإبصار أو من الاستجماتزم (Astigmatism)، ولكنه فوق ذلك يستطيع أن يقيس ما هو معروف بنسبة عدم التوازن الرأسي، وكذلك عدم التوازن الجانبي (Lateral Imbalance)، وخلط النقط البعيدة، والقدرة البصرية للعينين معاً، وخلط النقط القريبة والمستويات الثابتة (Stereopsis Levels).

إن مواد هذا الاختبار مثبتة على بطاقات ستريوسكوبية داخل الجهاز الذي يعد في الواقع جهاز ستريوسكوب بديع التكوين، ويمكن أن يقوم المدرس أو الزائرة الصحية في المدرسة أو الأخصائي النفسي بتطبيق هذا الاختبار بعد قدر قليل من التدريب والدراسة، ولا يمتاز هذا الاختبار على غيره من الاختبارات البصرية إلا بكونه شاق فقط، بل إنه يعتبر أول اختبار صمم لقياس تآزر العينين تحت ظروف مشابهة لما يحدث أثناء عملية القراءة.

ولقد أشار (بتس) إلى العوامل الأساسية التي تبين مدى صدق هذا الاختبار، وهي:

1. يمكن اختبار كل عين على حدة، في الوقت الذي تكون فيه العينان مشتركتان في الرؤية كالعادة، ويتم ذلك عن طريق وضع زوج من الصور أمام العينين.

2. يمكن قياس مدى تآزر العينين الذي يعتبر عاملاً هاماً يساعد على سرعة القراءة، وكذلك يمكن قياس توازن العضلات والتداخل الذي يحدث عند قراءة الكتب أو السبورة البعيدة وتآزر العينين.
3. قياس القدرة البصرية للعينين معاً، وكذلك حدة كل عين منفردة.

ولقد أصبح هذا الجهاز من الأدوات المفيدة في عيادات القراءة العلاجية، ولا يعني ذلك أنه يمكن أن يحل محل الفحص البصري الذي يقوم به أخصائي العيون، وهو في الحقيقة يعتبر وسيلة لانتقاء هؤلاء التلاميذ الذين يحتاجون مزيداً من الفحص، وليس من حق المدرس أو الأخصائي النفسي أو الزائرة الصحية، أن يقوم بأي توجيه بناء على نتائج الاختبار، إذ الأفضل أن يقوم بهذه العملية أخصائي ماهر في العيون، وعلى كل حال، فإن جهاز كيستون (Keystone) من بين الاختبارات الجيدة التي يمكن أن يحصل عليها المدرس.

- اختبار إيمز للإبصار:

وهو من الاختبارات البصرية التي تعطي نتائج يمكن الاعتماد عليها، كما أنه اختبار سهل الأداء، وهو يكشف عن حدة الإبصار، وقصر النظر، وبعد النظر، والتوازن العضلي، والخلط، والاستجماتزم، وتصحح هذه الاختبارات الفرعية المختلفة على أساس " ناجح " أو " راسب "، وكون هذه الاختبار رخيصاً، قليل التكاليف، سهل الأداء، مع سماحه بتشخيص مجال متسع العيوب البصرية، الأمر الذي يجعله اختباراً مناسباً بدرجة غير عادية للاستعمال المدرسي.

- لوحة سنلن:

وفي حالة عدم إمكانية الحصول على اختبار " كيستون " أو " إيمز " فإن المدرس أو الأخصائي النفسي بالمدرسة يمكنه استخدام "لوحة سنلن" Snellen Chart البسيطة لتشخيص قصر النظر ولقياس حدة الإبصار، وعند استخدام هذه اللوحة، فإن حدة الإبصار يعبر عنها في صورة كسر يمثل قيمة

البسط المسافة بالأقدام بين المفحوص واللوحة، ويمثل قيمة المقام البعد بالأقدام الذي يستطيع الشخص العادي أن يرى هذه العلامات عنده.

والطريقة المعتادة هي أن يقف التلميذ على مسافة 20 قدماً من اللوحة، بينما تفحص عين واحدة، ثم يفحص التلميذ وهو يرى بكلتا عينيه، ويعبر عن درجة الإبصار العادي بـ $\frac{20}{20}$ وإذا حصل تلميذ على هذه النسبة فمعنى ذلك أنه يستطيع أن يرى على بعد 20 قدماً ما يمكن للشخص العادي أن يراه على نفس هذا البعد، وإذا لم يستطع التلميذ أن يرى على بعد 20 قدماً ما يراه الشخص العادي على بعد 50 قدماً فمعنى ذلك أن درجة إبصاره يمكن التعبير عنها بـ $\frac{20}{50}$، وهذه النتيجة تشير إلى عيب واضح في الإبصار، أما في الحالات التي يستطيع التلميذ فيها أن يقرأ على بعد 15 قدماً ما يقرأ على بعد 20 قدماً $(\frac{20}{15})$ فهذا يبين أنه أحسن من المتوسط العام للنظر، أما إذا حصل على $(\frac{30}{40})$ فهذا يعني أنه لم يستطع قراءة ما يراه الشخص العادي على بعد 40 قدماً لأن يقرأه على بعد 20 قدماً، ومثل هذا التلميذ عادة ما يوجه إلى أخصائي في العيون لفحصه، أما عن التلاميذ الذي تظهر عليهم أعراض إجهاد العين، فمن المستحسن إعادة فحصهم حتى ولو كانت درجة إبصارهم $(\frac{20}{20})$، وعلى الرغم من أن لوحة سنلن تستطيع أن تكشف عن الحدة العامة في الإبصار وقصر النظر، إلا أنها لا تفيد كثيراً في الكشف عن (الاستجماتزم) وعيوب بعد النظر.

إن مرض (الاستجماتزم) الذي ينتج من عدم انتظام تقوس القرنية والذي يحول بين التلميذ وبين الرؤية الواضحة، يمكن اكتشافه بسهولة عن طريق استعمال واحدة من لوحات (الاستجماتزم) العديدة والتي يمكن الحصول عليها بسهولة، ونذكر من هذه اللوحات – وهي تستعمل بكثرة – اللوحة المسماة باسم (Cloch Dial) ولوحة (Verhoff)، ويسهل على المدرس استعمال هذه اللوحات

شأنها في ذلك شأن لوحات سنلن، وإذا ما أثبتت نتائج الفحص أن التلميذ يعاني من الاستجماتزم فمن الصواب استشارة أخصائي في أمراض العيون.

- **بطاقة تقدير القراءة لناقبة الأطباء الأمريكية:**

يعتبر هذا الاختبار من الاختبارات الجيدة لقياس الإبصار، وهو يشبه إلى حد ما اختبار سنلن، وعند إجراء الاختبار تختبر عين واحدة في حين تغمض العين الأخرى، وتوضح اللوحة على بعد 14 بوصة من العين، وللتأكد من أن المسافة مضبوطة، يثبت (الكارت) في نهاية عصا طولها 14 بوصة، على أن يوضع الطرف الآخر من العصا ملاصقاً للجبهة أثناء قراءة البطاقة، فإذا استطاع التلميذ قراءة السطر الأول من البطاقة، كان معنى ذلك أن حدته البصرية تعادل $\frac{14}{14}$، وكفايته البصرية تكون نسبتها 100٪، أما إذا عجز عن قراءة السطر الأول ونجح في قراءة الثاني، فتعادل حدته البصرية $\frac{14}{21}$، بينما تبلغ نسبة كفايته 91.5٪، وإذا فشل في قراءة السطر الأول والثاني واستطاع أن يقرأ الثالث فسيكون معدل حدة بصره $\frac{14}{24}$، وتكون كفايته البصرية 87.5٪، وفي الحالات التي يتعذر على التلميذ قراءة معظم كلمات السطر الأول، أو كل كلمات السطر الثاني، فإنه يتحتم تحويلها إلى أخصائي في العيون لمزيد من الدراسة.

ويعد هذا الاختبار من الاختبارات السهلة التطبيق، كما أنه يكشف بسهولة عن ضعاف الإبصار، وعمن يشكون من قصر النظر من التلاميذ، إلا أن هذا الاختبار لا يكشف عن مرض (الاستجماتزم) أو عدم التوازن العضلي وغيرها من العيوب التي يمكن أن يكشف عنها جهاز " كيستون ".

وعلى الرغم من ذلك فإن هذا الاختبار يعتبر أداة قيمة في التعرف السريع على هؤلاء التلاميذ الذين يعانون ضعفاً بصرياً يعوقهم عند القراءة.

(3 – 19) تنظيم الدراسة الخاصة بضعاف البصر:

لما كان عدد ضعاف البصر في المدرسة الواحدة قليلاً إلى درجة لا تسمح بأن ينشأ لهم نظام خاص في نفس المدرسة، فإنه قد رُئي أنه خير وسيلة لتنظيم الدراسة الخاصة بهؤلاء هي أن تقسم البلدة إلى مناطق تشمل كل منطقة منها عدداً معيناً من مدارسها، وتختار إحدى المدارس فيها لإنشاء الصفوف الخاصة بضعاف البصر الموجودين بمدارس هذه المنطقة، ويراعى في اختيار المدرسة التي تختار لهذا الغرض أن تكون ذات موقع ممتاز من حيث طريقة الوصول إليها، وفي هذا تسهيل لانتقال التلاميذ وتيسير لزيارة المختصين لهم من وقت لآخر، كما ينبغي أن يُراعى عن الاختيار سعة المدرسة وما يتوفر في حجراتها من شروط صحية خاصة بالضوء وطريقة توزيعه وما إلى ذلك من ضرورة وجود الأفنية الواسعة التي تسمح للأطفال بالحركة والنشاط.

ويحسن أن تنشأ الصفوف في مدارس تتفق مع درجة تحصيل التلاميذ، بمعنى أن تلاميذ كل مرحلة من مراحل التعليم تنشأ لهم فصول في مدارس هذه المرحلة، وإن كانت الضرورة في بعض الأحيان قد تلزم بضم تلاميذ المرحلتين الأولى والثانية في دراسة خاصة واحدة، وعلى الرغم من أن هذا الإجراء غير سليم بالنسبة لكل من الكبار والصغار من التلاميذ، إلا أنه أخف من الأضرار التي تنجم عن ترك هؤلاء التلاميذ في المدرسة العادية بسبب اشتراكهم مع مجموعات متقاربة في السن ونوع الثقافة، ولا شك في أن السياسة المثلى هي أن نراعي في إنشاء الصفوف الخاصة توحيد الأعمار والثقافات لتكون الاستفادة كاملة.

(3 – 20) تنظيم الصفوف:

1) انتقاء ضعاف البصر:

يجب أن يسجل بطريقة دورية منتظمة في بطاقات التلاميذ التتبعية كل ما يتعلق بحالتهم البصرية، كذلك فإن المدرسين مطالبون بأن يكتبوا تقارير عن حالات الاضطراب في البصر لدى تلاميذهم في الفصول العادية، ومن هنا يجب أن يكون المدرسون على دراية بالدلائل التي ترشدهم إلى مثل تلك الحالات وهذه الدلائل التي تكشف المدرس عن ضعاف الأبصار في الفصول العادية، يستطيع أن يلاحظها على الطفل حينما:

أ. يغلق أو يحجب إحدى عينيه.
ب. يحرك رأسه إلى الأمام إذا أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة.
ج. يجد صعوبة في القراءة أو القيام بأي عمل يحتاج إلى الاستخدام القريب للعينين.
د. يغمز بعينيه أكثر من العادة.
ه. لا يستطيع أن يزاول الألعاب الرياضية التي تحتاج إلى رؤية بعيدة.

وإذا توافرت الزائرات الصحيات بالمدرسة، فإنهن يستطعن أن يقمن بالفحص المبدئي لكل الأطفال، أما إذا كان هناك عجز في وجود هؤلاء الزائرات، فإن طبيب العيون يستطيع أن يوجه هيئة التدريس إلى المبادئ الأساسية في استخدام لوحة " سنيلن "، ولكن يجب أن يعرض على طبيب العيون الحالات الشديدة، ويقترح (هاثاواي، ولوينفلد) أن الطريقة المثلى هي أن يكون هناك فحص طبي ورمدي لكل الأطفال قبل الالتحاق بالمدرسة، مع ضرورة وجود فحوص تتبعية في فترات منتظمة ومحددة بعد الالتحاق.

ومن الأهمية بمكان العمل على فحص الأطفال الذين استمروا في الرسوب، ففي مدينة نيويورك مثلاً، فحص أربعمائة من الطلاب الذين أظهروا تخلفاً مستمراً

عن زملائهم في الدراسة، وقد وجد أن مائة وعشرة منهم محتاجون إلى نظارات طبية، وحينما استعمل مائة منهم النظارات المقررة لهم، اجتاز ثمانية وتسعون منهم امتحاناتهم بنجاح، ومن بين العشرة طلاب الذين رفضوا استخدام هذه النظارات، لم ينجح إلا واحداً فقط، وعلى ذلك، فإن الأطفال الذين يحتاجون إلى الخدمات التي تقدم في فصول خاصة بعضاف الإبصار (Sight Saving Classes) قد يكتشفوا عن طريق الفحص الدقيق للأطفال الذين يرسبون كل عام.

وبعد تنظيم هذه الصفوف، يجب أن يعمل مسح شامل للإبصار عند كل الأطفال عقب التحاقهم بالمدرسة، كذلك يجب أن يقدم المدرسون تقارير مستمرة عن الأطفال الذين قد يعانون من اضطرابات في الإبصار، وفي كل هذا يكون العلاج المبكر هو خير وقاية من الاضطرابات الخطيرة في الإبصار ومن الإصابة بالعمى.

2) العناية بالعين:

على الرغم من أهمية البرنامج التربوي الذي يقدم في صفوف إنقاذ الإبصار، فيجب أن يكون الهدف الأساسي هو العناية بالعينين، وتقدم هذه العناية عن طريق إيجاد الظروف التي بها يستطيع الأطفال ضعاف البصر أن يتعلموا بدون أن يصيبهم أي ضرر آخر في إبصارهم، وكذلك طريق توافر أساليب العناية بالإبصار، وهكذا يجب أن يكون لكل طفل خطة للعلاج وضعت بواسطة أخصائي العيون، وأن يتبع هذه الخطة الآباء والمدرسة والمدرس، وهذا يقتضي أن يكون بين يدي المدرس سجلاً خاصاً بكل تلميذ، يوضح فيه كمية الإبصار، وسبب أي نقص فيه، طبيعة المرض الذي يؤثر في العين، طرق وقاية الإبصار، وزمن الفحص التالي للعين، كذلك يجب أن تسجل التفاصيل التي تتعلق بما إذا كانت الحالة تتطلب نظارات طبية أو جوانب أخرى من العلاج، كما يكتب أيضاً تقرير عن الإمكانية التي تسمح بها العين للعمل، وفي أي الظروف أو المواقف، وعما إذا كان من المحتمل أن تصير العين في حالة أسوأ مما كانت.

ويكون هناك تتبع دقيق للأطفال الذين وضعوا في الصفوف الخاصة بضعاف البصر، وذلك تحت إشراف وتوجيه طبيب العيون، وفي مثل هذه الحالة، قد لا يكفي الفحص السنوي لتوفير العلاج المناسب والرعاية الملائمة لهذه الفئة من الأطفال، فمن المحتمل أن يوضح الفحص الأول ضرورة إعادة الفحص لبعض الحالات، كما أن الطلاب الذين تحت العلاج المستمر يجب أن يظلوا تحت الملاحظة الدقيقة، وحينما يبدو على الطفل أي دلائل تشير إلى صعوبة في العين، فيجب أن يستدعي المدرس طبيب العيون للفحص وتقرير العلاج اللازم.

3) طرق إدارة الصفوف الخاصة:

هناك طريقتان لإدارة هذه الصفوف وتنظيم العمل بها

- **أولاً: ألا تقوم علاقة ما بين الصف الخاص والمدرسة الملحق بها، بمعنى أن يكون هذا الصف مجموعة منعزلة عن باقي التلاميذ العاديين:**

ولهذه الطريقة بعض المزايا في تنظيم هذا العمل الجديد والسير به في الطريق التي تحقق نتائج حسنة، إذا تتوفر للمدرس الحرية في استعمال الطرق والوسائل التي تكفل له النجاح دون التقيد ببرنامج الدراسة العادية في المدرسة.

- **ثانياً: أما الطريقة الثانية فإنها تسمح بأن يشترك تلاميذ الصف الخاص بقدر الإمكان مع التلاميذ العاديين:**

وخصوصاً في العلوم التي لا تحتاج إلى إجهاد العين، بينما تدرس العلوم التي يتوقف التقدم فيها على استعمال العين كالمطالعة والإملاء والكتابة في فصل خاص، وتستعمل معهم طرق ووسائل خاصة تتفق مع عيوبهم البصرية، ويطلق على هذه الطريقة Co – operative plan.

والواقع أن هذه الطريقة تحقق مزايا الطريقة السابقة في الناحية التي يجب العناية بها، وهي استعمال وسائل تعليمية خاصة تتفق واستعدادات التلاميذ،

كما تحقق اختلاط ضعاف البصر بغيرهم في الأعمال الشفوية والعلوم التي تقوم على إعمال الفكر والتذكر، وهنا لا يشعر التلاميذ بأنهم فئة منعزلة الأمر الذي يترتب عليه عدم شعورهم بالنقص أو الذلة أو عدم التشجيع.

4) ما يجب توفره في الصفوف الخاصة:

هناك شروط معينة يجب توافرها عند إعداد الفصول الخاصة لضعاف البصر، منها:

أ) الضوء الطبيعي:

يجب أن تعد حجرة الدراسة إعداداً خاصاً يسمح بدخول أكبر كمية من الضوء الطبيعي، على أن يكون ذلك بأقل وهج، ويتحقق ذلك إذا كان الضوء الذي يدخل الحجرة من الجهة الشمالية من الناحية اليسرى لجلوس الطفل، وذلك لتلافي وقوع ظل اليد اثناء الكتابة على الورق، أما في حالة دخول الضوء من الأمام فإن هذا مدعاة إلى (زغللة) البصر مما يؤدي إلى إجهاد العين، ويترتب على دخول الإضاءة من خلف انعكاس الظل على الكتب أو الكراسات التي يستعملها الأطفال وهنا تضعف قوة الإضاءة.

ب) لون جدران الحجرة:

يتوقف هذا اللون على مناخ الإقليم، وقد ثبت في المناطق المعتدلة أن اللون المناسب لحجرة الدراسة هو أن تطلي جدرانها باللون الأبيض وسقفها باللون (الكريم) فهذا اللون فوق ما له من آثار تبعث على البهجة له قيمة انعكاسية ممتازة حيث أنه لا يمتص الضوء كالألوان الفاتحة.

ج) الأثاث:

تختلف مقاعد الفصول الخاصة بضعاف البصر عن مقاعد الفصول العادية، فكل طفل في هذه الفصول يحسن أن يجلس على مقعد متحرك منفرد، وبالإضافة إلى ذلك يجب أن تكون السبورة مكونة من ثلاثة أجزاء يتحرك كل منها

إلى الجهة التي يراد تحريكها إلياه، وهذا يحقق أن يكون مستوى النظر على درجات مختلفة، ويجانب تلك المقاعد والسبورات يجب أن تشمل حجرة الدراسة عدداً من (الدواليب) الصغيرة يخصص كل منها لطفل أو أكثر لنحفظ فيها الأدوات اللازمة التي يستعملونها في دراستهم، كما يجب أن يكون هناك مناضد جانبية للأشغال اليدوية مزودة بمقاعد خاصة تتناسب وأعمار التلاميذ.

(3 – 21) الأدوات اللازمة للصفوف الخاصة:

- **الكتب:**

جرت العادة أن تطبع الكتب التي يستعملها التلاميذ في الفصول العادية (ببنط 10) أما في الفصول الخاصة بضعاف البصر فإنه يجب أن تكون لهم كتب خاصة تختلف في طبعها عن كتب الأطفال العاديين، فتطبع (بالبنط 24)، وهذا النمط الجديد في الطباعة مدعاة إلى أن تكون الحروف كبيرة الحجم، ويجب أن يراعى كذلك أن تكون المسافات بين الحروف والكلمات والسطور واسعة، وذلك يكفل عدم إرهاق العين، ويتراوح حجم الصفحة ما بين 9 – 12 بوصة، أما الحبر الذي يستعمل في طباعة هذه الكتب فيجب أن يكون أسود داكناً غير لامع، كما ينبغي أن يكون الورق برتقالي مائلاً إلى الصفرة غير مصقول (وهو المعروف عندنا بالورق النباتي) حتى لا يحدث إشعاعاً ينعكس على العين فيجهدها أثناء القراءة.

- **الآلات الكاتبة:**

تستعمل آلات خاصة في هذه الفصول حيث يدرب التلاميذ على استعمالها ويمرنون على اتخاذها لأداء ما يريدون كتابته بدلاً من الكتابة بأيديهم.

وبهذا يقع العبء الأكبر على أصابعهم دون أعينهم، لأنه مما لا يحتاج إلى زيادة إيضاح أن استعمال الآلة الكاتبة ينقل العبء الذي كانت تقوم به العين إلى الأصابع التي تكون بالمران قد حفظت مواقع الحروف وحذقت الضرب عليها دون حاجة إلى الاستعانة بالنظر إليها، وهذا مشاهد فيمن يستعملون الآلات الكاتبة

حتى الذين يتمتعون منهم بدرجة إبصار ممتازة، فإنهم يتبارون في استعمال هذه الآلات على طريقة Blind Touch أي الكتابة باللمس دون النظر.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه ليس المقصود باستعمال هذه الآلات الكاتبة سوى اتخاذها وسيلة للكتابة لا على أنها مهنة يجب أن يتعلمها التلاميذ ضمن البرنامج.

- **الخرائط:**

الخرائط العادية ذات الحروف الصغيرة لا يمكن استعمالها في هذه الفصول، وهناك خرائط من نوع خاص قليلة التفاصيل، واضحة المعالم غير مزدحمة بالمعلومات الكثيرة، وأمثال هذا الخرائط يمكن استعمالها في تدريس الجغرافيا والتاريخ بسهولة ويسر، ودون أن يبذل الطفل مجهوداً يتعب بصره.

- **الصور:**

هي وسيلة أخرى من وسائل الإيضاح التي تستعمل في الدراسة تضيف كثيراً إلى معلومات التلاميذ، كما أنها قد تكون وسيلة للكشف عن ميلوهم ومن الخطأ أن تعرض صور كثيرة في وقت واحد، أو أن تكون الصور مزدحمة بالتفاصيل، لأن ذلك كله مدعاة إلى إجهاد حاسة البصر عند الطفل.

- **الأشغال اليدوية:**

يجب أن يكون لمادة الأشغال اليدوية هدف تعليمي أو تربوي تهدف إليه، إما أن نزحم وقت التلاميذ بأشغال يدوية فإن ذلك قد يحدث مضايقات لتلك الفئة من الأطفال الذين يعانون نقصاً في قدرتهم البصرية.

ويجب أن يحقق المدرس مادة الأشغال أموراً عدة منها:

1. أن تكون وسيلة من وسائل راحة العين لا إجهادها، والإجهاد يكون عادة نتيجة للأشغال التي تحتاج إلى دقة العمل والملاحظة.
2. أن يكون وراء الأشغال باعث يحببها إلى التلاميذ ويدفعهم إليها.
3. أن يربط بينها وبين مواد الدراسة.
4. أن تثير ميول التلاميذ حتى يستطيعوا عن طريق تلك الإثارة أن يشغلوا أوقات فراغهم في المنزل بالقيام بأعمال مماثلة، بدل محاولة القراءة أو القيام بأي عمل فيه إجهاد للعين.

والخلاصة أنه يجب أن تتوفر في حجرات الدراسة لضعاف البصر شروط خاصة من حيث توزيع الضوء، ولون الحوائط، والأثاث، والأدوات، والمواد التي تستعمل.

ويجب أن يكون الأساس الذي يقوم عليه اختيار المواد والتنظم خاضعاً لمبدأ واحد هام، وهو عدم إجهاد عيون المصابين، بمعنى أن يسهل لهم القيام بما يطلب منهم من أعمال بأقل مجهود بصري ممكن.

وفي رأينا أنه إذا لم تتحقق مثل هذه الشروط عند إنشاء الصف الخاص، فمن الأفضل، تأجيل إنشائه، لأن إنشاء فصل لا تتوفر فيه المواصفات والإعدادات اللازمة يحشد الأطفال فيه هو أكبر ضرراً من تركهم دون عناية خاصة.

(3 – 22) مقررات الدراسة:

إن ما يحتاجه الأطفال في هذه الصفوف الخاصة، يشبه إلى درجة كبيرة ما يأخذه الأطفال العاديون فيما عدا الرسم لأن الكثيرين من هؤلاء وبخاصة القادرين منهم يرغبون في مواصلة دراساتهم في المعاهد العالية والجامعات، وفيما عدا ذلك فإن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تدريب خاص في المهارات الحركية، والاتزان الحركي، والخفة فيه.

هذا وإن لتعليم الموسيقى ومحاولة خلق ميول تتصل بها، أهمية كبرى في مدارس ضعاف البصر، إذ أن الموسيقى من شأنها تهذيب النفس وجلب السرور، وربما يتخذها الكثيرون منهم مهنة يكتسبون بها، ويستطيع ضعيف البصر أن يجيد اللعب على الآلات الموسيقية الآتية: الكمان، والطبلة، والقيثارة، والبيانو... إلخ.

ويمكن إدخال مادة التربية البدنية في برامج التعليم الخاصة بهؤلاء الأطفال، والتربية البدنية دون شك تساعد على إكسابهم خفة الحركة.

أما فيما يختص بمادة الأشغال اليدوية فمجالها واسع في هذه الدراسة، ومن أمثلة ذلك: صناعة النسيج والحياكة وشغل الإبرة وعمل الكراسي والأسبتة والسجاجيد.

المؤهلات والصفات التي يجب توفرها في المدرسة:

إن العمل بالصفوف الخاصة بضعاف البصر يحتاج إلى نوع خاص من التدريب والتوجيه يجب أن تتوفر في المدرسين قبل أن يوكل إليهم العمل بها.

ومن أهم تلك الشروط ما يأتي:

- أن يكون للمدرس إلمام ودراسة وفهم لمراحل النمو عند الأطفال العاديين، لأن فهم خصائص النمو العادية يلقي ضوءاً على فهم ما هو شاذ.
- أن يكون ملماً بطريقة التدريس للعميان.

- أن يكون ذا خبرة كاملة بأمراض العيون، وطرق صيانة العين وحفظها من الظروف غير الملائمة التي تزيد من صعوبة البصر أو إجهاده ولا يتأتى ذلك دون إلمام المدرس بأعضاء الجهاز البصري من الناحية التشريحية والوظيفية.
- أن يكون ملماً إلماماً كافياً بعلم النفس، لأنه كثيراً ما ينشأ عن نواحي النقص المختلفة التي يعانيها التلاميذ اضطرابات انفعالية تكون سبباً في تكوين العقد النفسية، كمركب النقص الذي يترتب عليه انطواء هؤلاء الأطفال، وعدم رغبتهم في تكوين علاقات اجتماعية مع غيرهم.
- أن يكون المدرس ملماً بأحدث الطرق والأدوات والأجهزة التي تستعمل في دراسة ضعاف البصر، لأن عدم إلمامه بتلك الوسائل والطرق يجعله غير قادر على التجديد في عمله.

وبجانب هذا، هناك صفات جسمية وعقلية ونفسية يجب أن تتوفر في المدرس منها:

1. أن يكون حاد البصر:

لأن هؤلاء المدرسين يضحون بأبصارهم في سبيل حماية أبصار الأطفال ضعاف البصر، يضاف إلى ذلك أن العمل في هذه الفصول يحتاج إلى إعداد خاص مستمر يتطلب جهداً شاقاً.

2. تقديم المساعدة للأطفال:

إن مدرس التربية الخاصة بضعاف الإبصار يجب أن يساعدهم في إعداد دروسهم، وإن لم يكن في متناول هؤلاء الأطفال الكتب ذات الحروف الكبيرة، فإنه يجب أن يقرأ عليهم ما يتطلبونه من مواد دراسية.

والمدرس في كل هذا، يجب ان يعمل على وضع برنامج كامل ودقيق للأطفال بصفة عامة، ولكل طفل على حدة، بشرط أن يعرف كل طفل بالضبط زمن ومكان التسميع، وأيضاً زمن مذاكرة المواد المختلفة في المنزل.

كذلك فإن المدرس مسؤول عن إعطاء التلاميذ اختبارات ومسائل لتقويم حصيلتهم في الدروس المختلفة، ويحصل المدرس على هذه الاختبارات من مدرسي الفصول العادية، ثم يعيد كتابتها بخطوط كبيرة حتى يستطيع الطفل قراءتها بسهولة، أو يمليها عليهم.

3. الاتصال بالبيت:

إذا أريد لبرنامج فصل إنقاذ الإبصار أن ينجح، فلا بد ان يكون هناك برنامج منتظم لزيارة منازل الأطفال ضعاف البصر، فالآباء في حاجة إلى أن يتعرفوا على الأهداف والأغراض الكامنة وراء وجود صف إنقاذ الإبصار، إن كثيراً منهم لديه اتجاهاً ضد أي نوع من صفوف التربية الخاصة، التي ربما تكون قد ارتبطت في أذهانهم بصفوف التربية الخاصة بضعاف العقول، ولكن الآباء الذين يعتقدون بأن إبصار الطفل يمكن تحسينه، وكيف يؤدي ذلك إلى تقدمهم المدرسي، فإن هذا يدفعهم إلى عدم التردد في تعضيد البرنامج المدرسي المتبع في رعاية وتعليم هذه الفئة من الأطفال.

ويلاحظ أن بعض الآباء قد لا يدركون أهمية تجنب الضوء القوي أو الذي يبهر النظر، وبأنه من الضروري أن يلبس هؤلاء الأطفال النظارات الطبية المناسبة بانتظام، سواء في المنزل أو المدرسة، وألا يقرؤوا إلا وفقاً للتعليمات المعطاة لهم، إن الآباء يجب أن يدركوا أن أي إجهاد للعين معناه الإقلال من إمكانية علاجها.

كذلك فإن بعض الآباء قد لا يقفون على مدى خطورة حالة عين الطفل، أو على مدى أهمية استعمال النظارات الطبية بصفة منتظمة، أو بوسائل الوقاية اللازمة للعين والمحافظة على البقية الباقية من القدرة البصرية.

وهنا تكون للزيارات التي يقوم بها مدرس التربية الخاصة بضعاف الإبصار أهمية كبيرة في تزويد الآباء بالمعلومات اللازمة للمحافظة على القدرة البصرية المحدودة لأبنائهم.

(3 – 23) وظيفة مدرس الصفوف العادية:

إن مدرس الصفوف العادية الذي يوجد لديه تلاميذ من صفوف إنقاذ الإبصار عليه أن يضطلع بمسؤوليات فريدة، ومن أهمها أن يكون على اتصال وثيق بمدرس التربية الخاصة بضعاف الإبصار، يستشيره في كل ما يعن له من أمور، ويتعاون معه من أجل توفير الجو التربوي الملائم لنموهم نمواً سليماً.

ويقدم (هاثاواي)[1] الاقتراحات التالية لمدرس الصفوف العادية فهؤلاء المدرسون مطالبون بأن:

1. يشرحوا للتلاميذ العاديين الغرض من صف إنقاذ الإبصار (Sight Saving Class)، أو يقومون بدعوة مدرسي التربية الخاصة بضعاف الإبصار ليشرح هذا لهم، ومما ينصح به دعوة التلاميذ العاديين بزيارة فصل إنقاذ الإبصار ليرو الكتب، والأجهزة، والأثاث الخاص ووسائل الإضاءة الصناعية غير المباشرة.
2. أن يعملوا على أن ينموا بين التلاميذ العاديين اتجاهاً عاماً نحو الطفل المعوق من حيث تقدير إمكانياته والنظر إليه على أنه يستطيع أن يصل إلى درجة عادية من المكانة العلمية والاجتماعية، إذا عملنا على توفير الشروط الملائمة لرعايتهم وتعليمهم.
3. أن يشجعوا الطفل المعوق على أن يشترك في كل جماعات النشاط مع الأطفال العاديين سواء في حجرة الدراسة أو خارجها.
4. أن يعملوا على تنمية المسؤولية لدى الطفل المعوق.
5. أن يقدروا قيمة ما يقوم به مدرس صف إنقاذ الإبصار من تحمله عبئاً كبيراً للغاية على الرغم من أن عدد تلاميذه ضئيل في هذا الصف.

---

(1) Hathaway. Winired, Education and health of the partially seeing child. National Societ for the prevetion of blindness, Inc. New York, 2001, p. 102.

6. أن يدركوا بأن الطفل الذي يعاني من ضعف في القدرة البصرية يكون طفلاً مشكلاً بدرجة كبيرة في حجرة الدراسة العادية، إذا لم تراع الترتيبات اللازمة والتسهيلات الخاصة بفصل إنقاذ الإبصار.

الفصل الرابع

التخلف العقلي

الفصل الرابع
التخلف العقلي

(4 – 1) مفهوم التخلف العقلي Mental Retardation:

هناك تعريفات عديدة للإعاقة العقلية نذكر منها:

تعريف تريد جولد Tredgold وقد عرفها من وجهة نظر الصلاحية الاجتماعية وهي (حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن مواءمة نفسه مع بيئة الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً بحاجة إلى إشراف ودعم)، والمقصود بالصلاحية الاجتماعية مقدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين.

تعريف دول Dool لم يقتصر دول على الصلاحية الاجتماعية كأسس للحكم بل ركز على قدرة الفرد العقلية، وقد بنى تعريفه للإعاقة العقلية على توفر ستة شروط في شخص ما حتى يوصف بأنه متخلف عقلياً، وهي:

1. عدم الكفاءة الاجتماعية بحيث يكون غير قادر على التكيف الاجتماعي والمهني.
2. انخفاض مستوى قدرته العقلية.
3. تخلفه العقلي يبدأ في مرحلة النمو.
4. أنه يكون متخلفاً في مرحلة النضج.
5. يعود تخلفه العقلي إلى عوامل وراثية أو نتيجة مرض ما.
6. حالته غير قابلة للشفاء. (الداهري، 2005، ص 215)

ومن أكثر التعريفات انتشاراً **تعريف الجمعية الأمريكية** والذي تقول (إن الإعاقة العقلية تشير إلى انخفاض ملحوظ في القدرات العامة والتي ترافقه نقص في السلوك التكيفي والتي تظهر خلال مرحلة النمو) ويشير هذا التعريف إلى جانبين:

- **الأول:** الوظيفة العقلية العامة حيث تظهر فيه نسب الذكاء ولها مستويات أربعة هي: البسيط والمتوسط والشديد والعميق.
- **النضج:** وهو النمو التتابعي لمهارات الطفولة المتعلقة بالجلوس والوقوف والزحف والمشي والتحدث والتفاعل الاجتماعي.
- **التعلم:** إن نقص القدرة على التعلم ترتبط بانخفاض مستوى التعلم عن الاعتيادي ومحدودية القدرة على الاستفادة من التجارب لاكتساب المعارف.
- **التكيف الاجتماعي:** النقص في التكيف الاجتماعي يتعلق في عدم القدرة على تكيف سلوكه مع المستلزمات المطلوبة للتماشي مع الأقران والآباء وبقية الراشدين، وعدم تكوين علاقات اجتماعية صحيحة وسليمة مع الآخرين.

وهناك **تعريف معدل للجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية** صدر عام 1993 يشير إلى أن الإعاقة العقلية " أداء ذهني وظيفي دون المتوسط مرافقاً ذلك قصور في اثنين أو أكثر في مجالات المهارات التكيفية، الاتصال، الرعاية الاجتماعية، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ، والعمل". (الظاهر، 2005، ص 67)

نسبة انتشار التخلف العقلي:

من المعروف أن الدرجة المتوسطة للذكاء هي 100 وذلك على مقياس وكسلر واستنفورد بنيه للذكاء والانحراف المعياري 15 على مقياس وكسلر و16 على مقياس استنفورد بنيه وهو ما يعني أنه يساوي 15 تقريباً، ومن الناحية النظرية نتوقع أن يكون هناك حوالي 2.7٪ من الأفراد تقل نسبة ذكائهم عن المتوسط بانحرافين معياريين على الأقل أو أكثر من ذلك.

إن حوالي 2.14٪ من درجات الأفراد بين 55 – 70 وإن حوالي 0.13٪ من الدرجات تقل عن 0.55 وبذلك يبدو أن حوالي 2.27٪ منهم تتراوح درجاتهم بين صفر – 70 نقطة تقريباً.

ومع ذلك فإن الأرقام الحقيقية لنسب الانتشار تقل عن ذلك بكثير حيث كشفت نسب الانتشار في السنوات الأخيرة أنها تتراوح بين 1 – 1.5٪ تقريباً، وقد يرجع ذلك إلى وضع السلوك التكيفي في الاعتبار عند التشخيص أي النظر لتعريف أشمل للتخلف العقلي وعدم الاكتفاء بنسبة الذكاء فقط كمعيار وحيد للتشخيص. (هلهان وكوفمان، ترجمة عادل عبد الله، ص 261)

(4 – 2) أسباب الإعاقة العقلية:

العوامل الجينية:

اضطرابات تتعلق بالكروموسومات فالزيادة أو النقصان بعدد الكروموسومات تؤدي إلى الإعاقة العقلية فزيادة كرومسوم واحد يؤدي إلى المنغولية، وقد تحدث الإعاقة العقلية أيضاً عن طريق الجينات الخاملة المنتحية التي يحملها الأب أو الأم، كما أن حالات RH قد تسبب الإعاقة العقلية، إن اختلاف دم الأم عن دم الجنين يؤدي إلى أن جهاز المناعة في دم سيفرز أجسام مضادة لدم الجنين وبالتالي يؤثر في تكوين المخ مما يسبب الإعاقة العقلية.

الاضطرابات في عملية الأيض أيضاً تسبب الإعاقة العقلية وتحدث عن طريق طفرات في الجينات التي تؤدي إلى اضطراب أو اختفاء الأنزيمات المتعلقة بهضم البروتينات والكربوهيدرات أو الدهون. (الظاهر، 2005، ص 79)

العوامل غير الجينية:

وهي متعددة وكثيرة جداً وتبدأ من لحظة الإخصاب وحتى ولادة الطفل منها:

1. تعرض الأم الحامل للأشعة خاصة في الأشهر الثلاث الأولى.
2. الإصابة ببعض الأمراض كالزهري والحصبة الألمانية والحمى الصفراء.
3. تناول الأدوية والعقاقير أثناء الحمل.
4. الإدمان على الكحول.
5. أمراض السكري والضغط.
6. الولادة قبل الوقت المحدد.
7. الولادة المتكررة والإجهاض المتكرر.
8. انخفاض نسبة الأكسجين.
9. سوء التغذية أو نقص التغذية، وفقر الدم، وحوادث التسمم. (الداهري، 2005، ص 220)

عوامل تحدث خلال عملية الولادة:

الولادة المبكرة للطفل وعمليات نزيف الدماغ، والنزيف الداخلي، ونقص الأكسجين كلها تساعد في خروج طفل لديه إعاقة ما.

عوامل ما بعد الولادة:

وتشتمل على حوادث التسمم والاختناق والتهابات المخ البكتيرية أو الفيروسية والصدمات التي تصيب دماغ الطفل وغيرها من العوامل الأخرى كسوء التغذية والحمى الألمانية والحرمان العاطفي والاجتماعي والظروف البيئية غير المناسبة التي تحيط بالطفل. (الداهري، 2005، ص 221)

(4 – 3) تصنيف الإعاقة العقلية:

التصنيف الطبي:

ويعتمد هذا التصنيف على أسس العومل التي تسبب الإعاقة العقلية، ومن هذه التصنيفات تصنيف ترد جولد:

1. تخلف بسيط (بدائي) ويشتمل المتخلفين لأسباب وراثية.
2. تخلف عقلي (ثانوي) ويشتمل المتخلفين لأسباب بيئية.
3. تخلف عقلي غير معروف الأسباب وغير محدد.

تصنيف الجمعية الأمريكية للضعف العقلي:

وقد اعتمد هذا التصنيف على الذكاء والسلوك التكيفي وهو من أكثر التصنيفات شيوعاً ومستوياته كالآتي:

- تخلف عقلي بسيط بدرجة ذكاء 55 – 69.
- تخلف عقلي متوسد بدرجة ذكاء 40 – 54.
- تخلف عقلي شديد بدرجة ذكاء 25 – 39.
- تخلق عقلي حاد بدرجة ذكاء أقل من 25.

التصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية:

يعتمد هذا التصنيف على المظهر الخارجي للإعاقة وعلى الخصائص الجسمية والتشريحية والفسيولوجية لكل من النغولية والقصاع والاستسقاء الدماغي وحالات كبر وصغر الجمجمة ومن حالاته:

المنغولية Sowns Syndrome:

تضم حوالي 10٪ من حالات الإعاقة العقلية ويمكن التعرف عليها خلال عملية الولادة وقبلها ويتميز أفراد هذه الفئة بالتشابه بالشكل الخارجي ونسبة ذكائهم من (25 – 50) ونادراً ما تصل لدى بعضهم إلى (50 – 70) ويتميزون بعرض الرأس، قلة الشعر وجفافه وخلوه من التجاعيد، عيونهم ضيقة، أنوفهم قصيرة، أكتافهم عريضة، أصابعهم قصيرة، يتأخرون بالكلام ونموهم الحركي البطيء.

وأسباب هذه الحالة خلل في الكرومسوم (21) وتعرض الأم للأمراض المعدية.

القماء أو الاستسقاء Gretinm:

وسببها ضعف في إفراز الغدة الدرقية الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تلف في الدماغ، نسبة ذكائهم تتجاوز الـ 50٪ وطولهم لا يتجاوز 60سم مهما بلغ من العمر ويتميزون بضعف النمو اللغوي، شفة غليظة، رقبة قصيرة وسميكة، تساقط الأسنان في سن مبكرة، تفاعلهم الاجتماعي ضعيف، شعورهم خشنة، ألسنتهم ضخمة، بطيئي الحركة، أعمارهم قصيرة في الغالب، كسالى وخاملون.

استسقاء الدماغ Hydrocephaly:

تتميز هذه الفئة بكبر الرأس وتضخم جباههم بسبب إفرازات السائل المخي الشوكي وهذا السائل يضغط على الدماغ فيعمل على تلف المخ، وتظهر الحالة في الأسابيع الأولى من الولادة، ويحدث لهم حالات من الصرع، سبب الحالة تعرض الأم في فترة الحمل للزهري أو السحايا.

صغر الدماغ Microceplaly:

يتميون بصغر حجم الرأس والجمجمة ويكون شكل الرأس مخروطاً وجلد الرأس متجعد وضعف في النمو اللغوي، كلامهم غير واضح، وسبب هذه الحالة تعرض الأم لمرض الزهري أو لأشعة X أو صدمات كهربائية وعدم نمو المخ بشكل طبيعي، أو بسبب وجود جينات متنحية.

حالات اضطراب التمثيل الغذائي PKU:

سبب هذه الحالة اضطراب في عملية التمثيل الغذائي ناتج عن نقص كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفينلين، حيث يتميزون بنعومة الجلد، والرأس ذا حجم صغير في بعض الحالات، نسبة ذكائهم تقدر بـ 50 أو أقل ويميلون للعدوان والعصابية. (الزهدي، الروسان، ص 226)

التصنيف الاجتماعي:

يعتمد هذا التصنيف على مبدأ التكيف الاجتماعي وإمكانية اعتماد الفرد على نفسه في إدارة شؤونه بناءً على استخدام مقاييس النضج الاجتماعي والسلوك المتكيف، وبناءً على هذا التصنيف تم تقسيمهم إلى فئات:

- المعاقين عقلياً من فئة المورون يكونون على درجة مقبولة اجتماعياً حيث يستطيع الفرد المحافظة على حياته.
- الأبلة لا يمكنه أن يتكيف اجتماعياً ويعتمد كلياً على من حوله ودائماً بحاجة للمساعدة.
- أما المعتوه فهو غير قادر كلياً على إدارة شؤونه بأي حال من الأحوال فهو غير متوافق لأي درجة اجتماعياً وبحاجة للرعاية ومتابعة مستمرة.

التصنيف التربوي:

- قسم المعاقين عقلياً إلى أربع فئات حسب قدرتهم على التعلم:
- القابلين للتعلم ونسبة ذكائهم من 50 – 75.
- القابلين للتدريب ونسبة ذكائهم من 25 – 50.
- بطيئي التعلم أو الأغبياء ونسبة ذكائهم من 75 – 90 ويمكن أن تدرس هذه الفئة من خلال فصول التدريس العادي مع نوع من الرعاية الخاصة.
- حالات العجز التام من 1 – 25 وهذه الفئة تحتاج إلى الرعاية من نوع خاص.

التصنيف السلوكي:

ويقسم المتخلفين عقلياً حسب خصائصهم السلوكية الحاضرة والتي تتضح في نسبة الذكاء والسلوك التكيفي وقدرتهم على التعلم وتقسم هذه الفئة إلى:

- المورون Moron: ونسبة ذكائهم من 50 – 75 ويتراوح العمر العقلي في حد أقصاه 7 – 10 سنوات.
- الأبله Imbecile: ونسبة ذكائهم من 25 – 50 والعمر العقلي من 3 – 6 سنوات.
- المعتوه Idiot: ونسبة ذكائهم متدنية جداً من 1 – 25 والعمر العقلي من 2 – 3 سنوات.

التصنيف المتعدد الجوانب والأبعاد:

وهذا التصنيف سمي بتقسيم هيبر ذو البعدين حيث اعتمد هيبر على أمرين أساسيين:

1. الذكاء.
2. السلوك التكيفي.

وقد قسم الإعاقة إلى خمس مستويات تبدأ بالتخلف العقلي وتنتهي بالإعاقة العميقة والأساسية ويبين في تصنيفه أن الهدف منه الوصول إلى شيء من التجانس ما بين أصحاب الفئة الواحدة لكي نعاملها كمجموعة واحدة، ومن أجل القدرة على تحديد احتياجات هؤلاء مما يسهل معرفة أساليب رعايتهم والمحافظة عليهم نفسياً واجتماعياً ومهنياً وصحياً وتربوياً. (الداهري، 2005، ص 222 – 226)

(4 – 4) الخصائص السلوكية للمعاقين عقلياً:

الخصائص الأكاديمية لفئة القابلين للتعلم:

إن لدى المعاق عقلياً قصور أكاديمي بسبب القدرة العقلية العامة وهذا يصاحبه ضعف في نمو الوظائف والعمليات العقلية وضعف في القدرة اللفظية، وصعوبة في التذكر والتخيل ونقل التعلم، والتعلم العارض وفهم اللغة، والتعلم العارض هو تعلم يكتسب من خلاله المتعلم المعلومات والمهارات بطريقة غير مقصودة وغير مخطط لها، والمعاق عقلياً عاجز في هذه العملية بالمقارنة مع أقرانه العاديين.

انتقال أثر التعلم: هناك قصور ملحوظ لدى هؤلاء الأطفال في نقل أثر التعلم في المواقف المتعددة، وقد يعود السبب في عدم معرفة الطفل لأوجه الشبه والاختلاف بين مواقف التعلم السابقة والمواقف الجديدة.

ويعاني المعاقين عقلياً من ضعف القدرة على الانتباه والتركيز والقابلية العالية للتشتت. (الداهري، 2005، ص 228)

التذكر: يمكن القول بأن الانتباه عملية ضرورية للتذكر، لذا فإنه يترتب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة، والتذكر من أكثر المشكلات التي يعاني منها الطفل المعاق عقلياً، وقدرة الطفل المعاق عقلياً بالنسبة للتذكر قليلة مقارنة مع غيره من العاديين بسبب عدم قدرته على استخدام عمليات ووسائل تساعده في

ذلك كما عند غيره من العاديين، كما أن عملية التذكر ترتبط بطريقة التعلم فكلما اقتربت عملية التعلم من الأشياء المحسوسة استطاع التذكر بطريقة أفضل، وعملية التذكر تمر في ثلاث مراحل وهي: استقبال المعلومة وخزنها وإعادة إرجاعها، والصعوبة لدى الطفل المعاق عقلياً تكمن في طريقة استقبال المعلومة لأن لديه ضعف في الانتباه والتركيز. (الذاهري، 2005، ص 228)

الخصائص الجسمية:

تختلف خصائص المعاقين عقلياً حسب درجة الإعاقة فهناك تفاوت كبير جداً بين مختلف فئات الإعاقة العقلية، ففي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة تبدو التشوهات الجسمية واضحة خاصة في الرأس والوجه وفي أحيان كثيرة في الأطراف العليا والسفلى، ويعاني بعضهم من ضعف في بعض الحواس كالسمع والبصر.

كما أن معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقلياً يميل إلى الانخفاض بشكل عام وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة، ونجد غالبيتهم يتأخرون في المشي ويجدون صعوبة في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة في المهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة، لذلك فهم لا يرقون بمستوى الاعتياديين في المهارات الحركية كالمشي والقفز والشد، وحركاتهم أقل تناسقاً، كما أنهم أصغر وزناً من أقرانهم العاديين، ويعاني المعاقون عقلياً من ضعف عام في الحالة الصحية، لذلك فهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض من أقرانهم العاديين.

الخصائص العقلية:

يعاني المعاقين عقلياً من ضعف وبطء في النمو العقلي بالمقارنة مع غيرهم من الاعتياديين، وتدني نسبة الذكاء بحيث لا تتجاوز 75.

وفيما يتعلق بالعمليات العقلية كالانتباه والتذكر والتخيل والتمييز والتفكير وإدراك العلاقات بين الأشياء، فإنه يعاني من ضعف وقصور واضح في مثل هذه العمليات والتي تكون السبب الرئيسي لضعف التعلم مما يترتب عليه ضعف في التحصيل.

الخصائص اللغوية:

يتميز المعاقين عقلياً ببطء في النمو اللغوي ونلاحظ ذلك في مستوى الأداء اللغوية لهم والذي يكون أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للعاديين.

وقد أوضحت الدراسات التي قام بها " سميل " وآخرون في عام 1970 على مجموعة من الأطفال المعاقين عقلياً والقابلي للتعلم والذي كانت نسبة ذكائهم 70 كانت أقل من نسبة المهارات اللغوية للعاديين. (الداهري، 2005، ص 230)

كما أن تأخر واضطرابات اللغة لدى المعاقين عقلياً تتأثر بشدة الإعاقة، وتعتبر الإعاقة العقلية من أسباب اضطرابات النطق والكلام المتعلقة بمرحلة المعالجة إذ قد تكون أعضاء الاستقبال سليمة لكن الخلل في عملية المعالجة، وقد يتصف بكل أنواع اضطرابات النطق كالتشويه والتحريف والحذف والإبدال، كما يتصفون بالكلام الطفولي نتيجة لعدم تطور لغتهم كالأطفال الاعتياديين إضافة إلى اضطرابات الصوت حيث يكون صوتهم نمطياً وبوتيرة واحدة. (الظاهرة، 2005، ص 91)

الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

يعاني الأطفال المعاقين عقلياً من ضعف في قدراتهم على التكيف مع من حولهم ومن الخصائص التي يتصف بها هؤلاء:

العدوان:

ولا يمكن تعميم ذلك على جميع الفئات، لذلك نجد المنغوليين مسالمين مرحين اجتماعيين متعاونين مبتسمين ويحبون مصافحة الآخرين.

إن السلوك بشكل عام مكتسب نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة وأساليب التنشئة، لذلك فالطفل المعاق إعاقة بسيطة مثله مثل العاديين في التربية، ولكن نتيجة للإحباط والفشل الذي يتعرض له الطفل من جهة ونتيجة لأساليب المعاملة الوالدية من جهة أخرى تجعل استجاباتهم سلبية، فليجؤون إلى السلوك العدواني كحالة من التنفسي أو التعويض عن عدم قدرتهم على المشاركة.

الانسحاب:

وفي هذا الإطار توصل كل من كيرك وجونسون Kirk and Johnson في دراستهما التي شملت عينة من الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً بمدارس المرحلة الأولى بلغ عددهم 689 طفلاً إلى ما يلي:

1. إن ثلثي الأطفال المعاقين عقلياً يتصفون بأنهم معزولين في حين أن نسبة المعزولين عن الجماعة بين العاديين تبلغ نصف ما بلغته بين المعاقين عقلياً.
2. بلغت نسبة الأطفال التي ترفضهم الجماعة ما بين المعاقين عقلياً 14.46٪ في حين بلغت النسبة بين الأطفال العاديين 4.4٪ وكان من أسباب رفض الجماعة لهؤلاء الأطفال هو ما يبدونه من سلوك عدواني وما يقومون به من أعمال تضايق الجماعة وتزعجهم. (الظاهر، 2005، ص 93)

القصور في إنشاء علاقات اجتماعية:

لا يستطيع المعاق عقلياً أن يتكيف مع أقرانه العاديين وقد يبتعدون عنه بتشجيع من أولياء أمورهم، ومن هذا المنطلق نجد المعاق عقلياً يميل لمصادقة من يماثلونه بالعمر العقلي أكثر من الذين يماثلونه بالعمر الزمني. (الظاهر، 2005، ص 93)

النشاط الزائد:

والحركة الزائدة تبدو واضحة عند الأطفال المصابين بتلف الجهاز العصبي المركزي، وإذا ما تم وضع الأطفال المعاقين عقلياً في الصف فهم كثيرو الحركة والتنقل كما أنهم مشتتي الانتباه بشكل مميز عن غيرهم من العاديين.

وقد وجد أن الطفل المعاق عقلياً يميل إلى السلوك التكراري ولا يملك القدرة على ضبط انفعالاته وحركاته، كما أنه يميل إلى الانطواء والميل للعب مع الذين هم أصغر منه سناً، وقد أشار دونسين عام 1967 إلى أن الطفل المعاق عقلياً يكون أحياناً هادئاً وسلوكه جيد وقنوع ويرضى بإمكاناته المحدودة، فهو مطيع ومستحب إذا ما عاملناه كالطفل الصغير غير أنه يغضب بسرعة ويرضى بسرعة، ويمكن أن يؤثر على استجاباته بسرعة. (الداهري، 2005، ص 232)

الخصائص الشخصية:

يعاني المعاقين عقلياً من بعض المشاكل الاجتماعية والانفعالية بسبب معاملة الآخرين لهم كوصفهم بالجنون والتخلف وغير ذلك من المسميات التي تكسبهم مفهوماً نحو أنفسهم وذواتهم، الأمر الذي يضعف شخصيتهم، وقد أشارات العديد من الدراسات بأن هناك شعور سلبي لدى المعاق تجاه نفسه الأمر الذي يؤدي إلى تكون مفهوم سلبي لذاته.

ومن خلال ما سبق عرضه من خصائص للمعاقين عقلياً نجد أنهم يعانون من قصور وضعف في مجالات متعددة كالقدرات الأكاديمية والعقلية والقدرة على التركيز والتعبير والقدرة الاجتماعية والانفعالية، لذا نجد أن هذه الفئة إذا ما روعيت ظروفها الخاصة فإننا نستطيع أن نخفف من جوانب القصور لديهم لنعيد لهم الثقة بأنفسهم وبالتالي يتم تكوين مفهوم مناسب لذواتهم. (الداهري، 2005، ص 233)

(4 – 5) الإرشاد الأسري:

ردود فعل الوالدين واتجاهاتهم:

1. **الاتجاه السلبي:**

رفض الأسر للوضع الجديد بقدوم طفل معاق يحول البيئة الأسرية إلى جحيم لا يطاق ويسبب مشكلات عديدة بين الزوجين والأبناء، مما يستدعي إلى الإرشاد المكثف.

2. **عدم الاكتراث والإهمال:**

عدم تقبل الطفل المعاق والاتجاهات السلبية نحوه يؤدي إلى عدم الاهتمام به وإهماله من الناحية الصحية أو إبعاده عن الأنشطة الاجتماعية للأسرة، لذا لا بد من وجود برامج تثقيفية لأسرة المعاق.

3. **الاهتمام الزائد:**

العناية الزائدة للطفل المعاق تعيق البرامج التربوية والتعليمية والتنشئة السليمة، وسبب ذلك اعتقادات الأب والأم الخاطئة بأنهم السبب في وجود الإعاقة عند الطفل، فإذا ما سيطرت هذه الاعتقادات على الوالدين فإنه يصبح من الضرورة تدخل الإرشاد الأسري. (يحيى، 2003، ص 101)

وتتضح أهمية الإرشاد الأسري فيما يلي:

1. مساعدة الأسرة على تقبل الصدمة.
2. تقديم خطط منظمة تساعد الأهل في الاعتماد على أنفسهم في مواجهة المشكلات النفسية والمادية والاجتماعية التي يسببها المعاقون عقلياً لأسرهم.
3. تذكر الأسرة بأهمية وضرورة العلاقات الأسرية الناجحة في التعامل مع الظروف الصعبة. (الداهري، 2005، ص 236)
4. تقديم الدعم والتشجيع النفسي والمساعدة في التخطيط للتغيرات التي ستطرأ على وضعهم واتخاذ القرار المناسب فيما سيتعلق في التوجه الذي سيتخذونه، خاصة عندما يتم تشخيص الطفل لأول مرة على أنه معاق عقلياً حيث لا يمكنهم تقبل الأمر بسهولة.

يجب أن يكون التدخل الإرشادي في وقت مبكر من الأزمة الوالدية والأسرية الناتجة عن تعريف أحد أطفال الأسرة على أنه معاق وبدء ردود الفعل نحوه، فالإرشاد المبكر من شأنه أن يساعد الوالدين على التوافق وتقبل الموقف كله كما يعطي نظرة إيجابية للتأهيل في المستقبل.

(4 – 6) الأطفال المعوقون عقلياً:

أصبح موضوع الأطفال المتخلفين عقلياً يثير اهتمام العاملين في ميدان تربية النشء وخاصة الأطباء والمتخصصين في علم النفس والمعلمين وكذلك المشتغلين بعلوم الاجتماع والوراثة، وقد ترتب على ذلك أن كون كل فريق من هؤلاء المتخصصين مفاهيمه الخاصة بالتخلف العقلي، وكذلك ما يناسبه من اصطلاحات وتقسيمات، مما يجعل الباحث في حيرة أمام هذه المجموعة الكبيرة من المفاهيم والمصطلحات، وبإزاء التقسيمات المختلفة للتخلف العقلي نجدنا مضطرين أن نعرض لها باختصار، ثم نأخذ منها بما يناسب الأغراض التعليمية.

(4 – 7) التقسيم حسب الدرجة (مرتبة الإعاقة العقلية):

يختلف الأطفال الذين يعانون نقصاً في الذكاء فيما بينهم في درجة ذلك النقص، والأساس الذي يقوم عليه هذا التقسيم يعتمد على فروق في الكم أكثر من فروق في الكيف، وبعبارة أخرى نجد أصحاب هذا التقسيم يهتمون بالفروق التي تعتمد على درجة الذكاء أكثر من الفروق التي تميز كل فئة من فئات النقص العقلي.

ولقد شاع تقسيم هذه الفئات على النحو التالي:

1. **المعتوه Idiot:**

وهو أحط درجات الضعف العقلي، وقد اتفق على أن نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة تقع بين (صفر – 20 أو 25).

2. **الأبله Imbecile:**

وهو يمثل الدرجة أو المرتبة التالية في الضعف العقلي، ونسبة ذكاء الأفراد الذين ينتمون إلى هذه الفئة تقع بين (20 أو 25 – 40 أو 50)، ويستطيع الطفل

الأبله أن يتعلم الكلام في حدود، كما يستطيع أن يدرب على اكتساب بعض العادات التي تتصل بحياته اليومية ويستطيع أيضاً أن يشبع حاجاته الأساسية بعكس الطفل المعتوه.

ويلاحظ أن الأبله والمعتوه تقل إمكانية النمو العقلي عنده عن نصف إمكانية الطفل العادي، وكثيراً ما يسهل التعرف عليهما بعد الولادة بقليل أو في المرحلة السابقة على المدرسة، ويبلغ مجموع هؤلاء الأطفال حوالي ثلاثة في الألف من مجموع السكان وتصل نسبة كبيرة منهم إلى درجة الضعف العقلي بمعناه الصحيح، أي أنهم حالات باثولوجية أصيلة للنقص الناجم عن عوامل الوراثة أو البيئة، وقليل منهم من لا يعاني من أي اضطراب مرضي، وهم يقعون في أقصى المنحنى الاعتدالي لنمو الذكاء.

ومن المتعذر باستثناء الحالات الناجمة عن نقص إفرازات الغدة الدرقية، رفع مستوى القدرة الفطرية لديهم بالوسائل الطبية أو بغيرها من الوسائل، ومن ثم تصبح المشكلة مشكلة تربيتهم وتعليمهم بحيث يستطيعون الإفادة إلى أقصى حد ممكن من استعداداتهم المحدودة، ولا شك أن نسبة ضئيلة منهم يبلغ بها ضعف الاستعداد العقلي أو الاضطراب العضوي أو الانفعالي مبلغاً يجعلها عاجزة عن تكوين أبسط العادات، وأفضل ما يمكن عمله لمثل هؤلاء توفير العناية الرقيقة بهم حتى نقيهم إنزال الضرر بأنفسهم أو بغيرهم، إلا أن الغالبية منهم يمكن أن تتعلم بدرجة محدودة للغاية كيف تأكل وتلبس بنفسها تحت الإشراف، كما يمكن أن تتشكل اجتماعياً بدرجة معتدلة، بل وأن تعمل بيديها بعض الأعمال التي تتميز بالبساطة والرتابة، ولكنها لا يمكن أن تتولى إعالة نفسها، بل ولا تستطيع حتى في أنسب الظروف أن تتجاوز مستوى طفل عادي في السابعة.

ومعظم المعتوهين والبلهاء يعجزون عن تعلم قراءة أبسط الكلمات أو القيام بأبسط العمليات الحسابية، ومع ذلك فهناك من الشواهد ما يشير إلى أن عدداً أكبر منهم قابل لقدر من التدريب أكثر مما هو ميسور لهم في الوقت الحاضر.

3. المأفون أو المورون Moron:

وهو أعلى درجة في الضعف العقلي، ونسبة ذكائه تقع بين (50 – 70).

4. أما الطبقة التالية فنسبة ذكائها تقع بين (70 – 80 أو 85):

وأفرادها أعلى من المورون وأقل من الأطفال العاديين، وقد اصطلح على تسمية الطفل الذي ينتمي إلى هذه المجموعة (The Borderline Child)، ونجد أمثال هؤلاء الأطفال إما في فصول خاصة بهم أو في الفصول العادية.

ويطلق على هذه الفئة الأخيرة الطفل الغبي Dull Child أو Backward Child.

إن هذا التقسيم يتفق لدرجة كبيرة مع بيان اللجنة المشتركة من هيئة الصحة العالمية واليونسكو حول تقسيم مراتب الضعف العقلي والنسب التقديرية لها بين أطفال المدارس[1]، والذي يتضمنه الجدول التالي:

(1) The mentally Subnormal Child Subnormal Child (Who Technical Report Serieg No. 75), Geneva, 2001.

درجة الضعف العقلي	المصطلح المألوف استعماله	نسبة الذكاء بالتقريب	النسبة المئوية بالتقريب من مجموع تلاميذ المدارس
ضعف عقلي شديد	معتوه. Idiot (في إنجلترا وفرنسا وأمريكا وألمانيا).	صفر – 19	0.06%
ضعف عقلي متوسط	أبله. Imbicile (في إنجلترا وأمريكا). Imb'eciie Profond/l'eger (في فرنسا).	20 – 49	0.24% 2.56٪
ضعف عقلي بسيط	مأفون. Feeble.Minded (في إنجلترا). Moron (في أمريكا). De'bile Profond (في فرنسا). Debil (في ألمانيا).	50 – 69	3.26٪
غباء عادي	غباء عادي. Dull or Backward (في إنجلترا). Peu doue' / Debil l'eger (في ألمانيا). Unterlegalt (في فرنسا).	70 – 90/85	10٪

(4 – 8) التقسيم حسب مصدر العلة Etiology:

يميل البعض إلى تقسيم المعوقين عقلياً لا حسب درجة ذكائهم كما سبق أن بينا، بل حسب الأسباب الكامنة وراء هذه الظاهر فهم يقسمونهم إلى ضعاف عقول ترجع علتهم إلى:

1. عوامل وراثية.
2. اضطرابات فسيولوجية.
3. إصابة المخ بتلف Brain Bamage ثم يقسمون من يعاني هذه الإصابة إلى قسمين:
   أ. قسم ترجع إصابته لأسباب خارجية Exogenous.
   ب. قسم ترجع إصابته لأسباب داخلية (ولادية) Endogenous أو عوامل طبيعية تؤثر في تكوين الخلايا.

(4 – 9) التقسيم حسب التشخيص الإكلينيكي:

ويقوم هذا التقسيم في أساسه على وجود بعض الخصائص التشريحية والفسيولوجية والمرضية بجانب نقص الذكاء وتكون هذه الخصائص واضحة لتمييز هذه الحالات.

ومن بين الأنواع الإكلينيكية لضعاف العقول ما يأتي:

1. حالات القصاع Gretins.
2. حالات المنجوليين Mongols.
3. حالات صغر الجمجمة Microcephalics.
4. حالات كبر الجمجمة Hydrocephalics.
5. حالات الشلل Cerepiral palsies.

ونجد معظم هذه الأنواع بين الأطفال المعتوهين والبلهاء.

(4 – 10) التقسيم التربوي للأطفال المعوقين عقلياً:

يميل المشتغلون بالتربية والتعليم إلى تقسيم هذه المجموعة من الأطفال إلى الفئات التالية:

1. ضعاف العقول Feeble Minded.
2. الأطفال المتخلفون عقلياً Mentally Handicapped.
3. الطفل بطيء التعلم Slow Learnar.

النوع الأول: من هو الطفل الضعيف العقل؟

في محيط التعليم، أو في الجو المدرسي العادي، يميز هذا الطفل بأنه هو الذي لا يستفيد من التعليم في المدارس العادية وكذلك في الفصول الخاصة، هذا مظهر من مظاهر الضعف العقلي فعلاً، ولكن هذا الطفل وأمثاله إذا لم يكن لهم مكان في المدارس العادية فإنه من واجب المجتمع أن يهيء لهم الوسائل الكافية للعناية بهم، وتكون هذه العناية بطريقة من الطرق الآتية:

1. أن تكون العناية في معهد خاص بضعاف العقول، وتكون هذه العناية تحت رقابة وإشراف تأمين، ويمكن أن يلحق أيضاً بهذه المعاهد الأطفال الصادر ضدهم أحكام قضائية بسبب مخالفة ارتكبوها وفي الوقت ذاته يكونون من فئة ضعاف العقبول، وبذلك يمكن أن تستخدم هذه المعاهد في حجز هؤلاء الأطفال عن المجتمع مع تقديم العناية اللازمة بهم.
2. إلا أنه يفضل في بعض الأحيان أن يقوم الآباء أنفسهم بهذه العناية، وفي هذه الحالات تتحمل الأسرة مسؤولية رعاية هؤلاء الأطفال في منازلهم، ومن وقت لآخر تعرض الأسرة الطفل على أحد الأخصائيين بغية النصح والتوجيه.
3. وفي بعض الأحيان تسهم المدارس العادية في مد يد المساعدة للأسر التي يوجد بين أطفالها طفل ضعيف العقل، ويكون ذلك عن طريق إنشاء " فصول رعاية " خاصة بهؤلاء الأطفال (Custodial Classes) لبضع ساعات في اليوم،

ومن غير المنتظر أن تستطيع المدرسة تدريب هؤلاء الأطفال الاعتماد على أنفسهم في مستوى ناضج، إلا أنه بفضل ما تبذله المدرسة من جهود تستطيع أن تعلمهم كيف يتصرفون اجتماعياً في مستوى مقبول في محيط الأسرة والجيران.

ويهدف هذا التنظيم – كما نرى – إلى تخفيف العبء الذي يقع على الأسرة من وجود طفل ضعيف العقل بينهم.

إلا أنه قد لوحظ أخيراً أن المدارس لا رغب إطلاقاً أن تضم " فصول الرعاية " (Custodial Classes) أطفالاً من فئة المعتوهين (Idiots) لأن أمثال هؤلاء يصعب عليهم التدريب على أبسط الوسائل المعيشية.

النوع الثاني: الأطفال المتخلفون عقلياً The Mentally Handicapped:

إن الأطفال المتخلفين عقلياً ولو أنهم يعانون نقصاً في الذكاء، إلا أنهم يختلفون عن الأطفال ضعاف العقول (Feeble Minded) في ناحية أو أكثر من النواحي التالية:

1. إن الطفل المتخلف عقلياً لديه القدرة – لحد ما – على التعلم في المجال الاجتماعي، ومن ثم كان تعليمهم في الفصول الخاصة التي تلحق بالمدارس العادية أمراً مقبولاً، وتستطيع المدرسة أن تقدم له من الوسائل ما ييسر له التدريب على الاعتماد على نفسه وقضاء حاجاته في يسر، وعلى العكس من ذلك نجد الطفل الضعيف العقل ليست لديه القدرة على التعلم ليصل إلى هذه الدرجة من التكيف.
2. إن هذا النوع من الأطفال لديه القدرة على التعلم في المجال المهني، وقد يكون التفوق في هذا المجال جزئياً أو كلياً، إلا أنه في كلتا الحالتين يستطيع الطفل المتخلف عقلياً أن يتعلم حرفة تساعده على اكتساب قوته بعكس الطفل الضعيف العقل.

3. إن التخلف العقلي الذي يعاني منه الطفل المتخلف عقلياً يلازمه منذ الصغير، ويحول بينه وبين الاستفادة بدرجة كافية من التعليم في الفصول العادية، وهو لذلك في احتياج إلى تربية خاصة تيسر له النمو في حدود إمكانياته وخصائص نموه.

إن أمثال هؤلاء الأطفال في احتياج إلى مناهج خاصة تيسر لهم النمو الاجتماعي والمهني.

4. أما عن نسبة ذكاء هؤلاء الأطفال – كما تقررها اختبارات الذكاء العملية – فتقع بين 50و60 – 70 ومعنى هذا أن نسبة ذكاء هذه الفئة أعلى من ذكاء طبقة ضعاف العقول.

النوع الثالث: الطفل بطيء التعلم The Slwo Learner:

يختلف الطفل بطيء التعلم عن النوعين السابقين، وعلى الرغم من أن قدرته على التعلم أقل من المتوسط، إلا أننا لا نستطيع أن نطلق عليه أنه من فئة المتخلفين عقلياً.

إن الاصطلاح " بطيء التعلم " Slwo Learner يطلق على كل طفل يجد صعوبة في مواءمة نفسه للمناهج الأكاديمية بالمدرسة بسبب قصور بسيط في ذكائه أو في قدرته على التعلم.

ويحتاج أمثال هؤلاء الأطفال إلى تعديل في المناهج وطرق التدريس التي تستعمل مع أطفال من نفس سنهم في المدارس العادية.

وبناءً على ذلك نرى أن مكان هؤلاء الأطفال لا يكون في الفصول الخاصة بالمتخلفين عقلياً، بل إن مكانهم في الفصول العادية التي تضم العاديين والأذكياء، على أن تكون طريقة التدريس متنوعة بحيث تلائم هذه الفئات المختلفة، أما السر في وضع الأطفال المتخلفين عقلياً في فصول خاصة، فيرجع إلى أن تخلفهم العقلي لا

يسمح لهم بالإفادة من المناهج العادية، ومن ثم كان من الضروري أن توضع لهم في هذه الفصول مناهج تتناسب ودرجة تخلفهم العقلي، وهذه المناهج تختلف تماماً عن المناهج التي توضع لبطيئي التعلم ومتوسطي الذكاء.

(4 – 11) أسباب الضعف العقلي:

سنناقض هنا العوامل المختلفة التي تعتبر مسؤولة عن توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي، وجرت العادة أن تقسم هذه العوامل إلى أربعة أقسام رئيسية هي:

1. إصابات المخ.
2. الاضطرابات الفسيولوجية.
3. عوامل وراثية.
4. التأثيرات الحضارية.

أولاً: إصابات المخ:

تشتمل هذه الإصابات ما يلي:

أ. إصابات أثناء عملية الاودية تحدث في حالات الوضع غير الطبيعي وخاصة عند ميلاد الطفل الأول، ويترتب على ذلك عادة نزيف داخل الجمجمة Intracracial Hemorrhage، يؤدي بدوره إلى قصور في النواحي الحركية والعقلية.

ومن المشاهد في مثل هذه الحالات أن يولد الطفل ولونه أقرب إلى اللون الأزرق أو النحاسي (blue baby)، على أنه كثيراً ما تؤدي حالات إصابة المخ أثناء عملية الولادة إلى وفاة الطفل بعد الميلاد أو إصابته بالشلل.

ب. ومن العوامل الأخرى التي تسبب إصابة المخ بالتلف وتؤدي إلى عدم اكتمال النمو العقلي، الحالة المعروفة باسم (الاستسقاء الدماغي) Hydrocephalus، وهذا يتسبب عن تجمع أو احتباس السائل النخاعي بتجاويف المخ.

ويعتبر كبر الجمجمة من المميزات الإكلينيكية لهذه الحالات.

ج. وفي حالات أخرى تتأثر خلايا المخ بسبب عدم وصول الأكسجين إلى الجنين إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة وذلك لفترة من الزمن، ويترتب عن إتلاف الخلايا ضعف عقلي.

وتعرف هذه الحالة باسم Cerebral Anocxia او Paranatal Asphyxis.

نستطيع أن نقول إن إصابة الطفل ببعض الأمراض في طفولته كفيل بأن يحدث له تلفاً في مخه، ومن هذه الأمراض الحمى القرمزية Scarlet Fever والالتهاب السحائي Meningites والتهاب الدماغ Encephalitis، إلا أننا ينبغي أن نشير إلى أن التلف الذي يحدث بسبب هذه الأمراض يكون جزئياً لدرجة أنه يحد عند حالة من حالات القصور العقلي أو بطء الفهم، لا تصل إلى مرتبة الضعف العقلي.

ثانياً: الاضطرابات الفسيولوجية وأثرها في الضعف العقلي:

تحدث حالات الضعف العقلي أحياناً بسبب التوقف الذي يحدث في النمو العقلي والذي يرجع إلى بعض الاضطرابات الفسيولوجية التي تصيب الجسم، وسنورد هنا بعض هذه المراحل:

1. تعرض الجنين للإصابة بالعدوى بمرض خطير يصيب الأم وهي حامل، وما يترتب عن ذلك من إصابة الجهاز العصبي المركزي بالتلف، ومن أشهر هذه الأمراض الحصبة الألمانية German Measles (Rubella).

وقد لوحظ أن إصابة الأم وهي حامل في الشهور الثلاثة الأولى بهذه الحصبة ينتج عنه إصابة الجنين بعرض أو أكثر من الأعراض التالية:

ضعف عقلي – ماء أزرق في العينين Cataracts – مرض القلب.

2. اضطرابات الغدد ونقص إفرازاتها، فمثلاً في حالات الأطفال المنغوليين، وهم نوع من الأنواع الإكلينيكية لضعاف العقول، لوحظ أنهم يعانون نقصاً في إفرازات الغدة الدرقية Thyroid والغدة النخامية Pituitary، كذلك الحال في الأطفال (القصاع Cretins) حيث نلاحظ نقصاً ظاهراً في إفراز الغدة الدرقية.

ثالثاً: العوامل الوراثية:

تنتقل خصائص الضعف العقلي شأنها شأن باقي المورثات Genes التي تنتقل من الأجداد أو من الآباء.

وعندما يستعرض الباحث ما كتب في هذا الموضوع يجد نفسه أمام نتائج ووجهات نظر مختلفة، ويصل الاختلاف بين هؤلاء الباحثين إلى درجة كبيرة، فمنه من لا يؤمن إطلاقاً بالوراثة كعامل مسؤول عن الضعف العقلي، ومنهم من يقول إن الوراثة مسؤولة عن 80٪ – 90٪ من الحالات، والجدول الآتي يلقي ضوءاً على اختلاف وجهات النظر بالنسبة لهذا العامل:

السنة	المؤلف	النسبة
2000	جودار	77
2001	هولنجورث	90
2003	تردجولد	80
2005	لارسن	76
2007	دل	30
2008	بينروز	29

وكما ترى يعتبر (جودار) من العماء المؤيدين لأثر عامل الوراثة في الضعف العقلي، وقد توصل إلى هذا الراي بناء على دراسات تتبعية لبعض الحالات، ومن أشهر الحالات التي درسها أسرة (كاليكاك)، تزوج كاليكاك من امرأتين: الأولى كانت ضعيفة العقل، والثانية على درجة كبيرة من الذكاء، وقد أنجب من كلٍ أولاداً وبناتاً.

وعند تتبع ذرية كل فرع من النوعين السابقين اتضح له أن نسبة عالية من ذرية الزوجة الأولى كانت من طبقة ضعاف العقول بعكس ذرية الزوجة الثانية.

وقد كان في هذه الدراسة التتبعية ما شجع (جودار) على القيام بدراسات إحصائية أخرى منها، إنه بحث في التاريخ الأسري لجميع ما عرض عليه من حالات الضعف العقلي، فتبين له أن 77٪ من مجموع حالاته توجد في أسرهم حالات أخرى من الضعف العقلي.

ومهما يكن الجواب عن ذلك فإنه يمكننا أنقول على سبيل الإجمال إن من العادي أن نجد ضعاف العقول في العائلات التي تكثر فيها حالات الشذوذ العقلي بأنواعه المختلفة.

رابعاً: العوامل البيئة والحضارية:

إن موضوع الذكاء ومدى تأثره بالعوامل البيئية ثقافية كانت أم اجتماعية، كان وما زال موضع دراسات أدت إلى نتائج متعارضة.

فلقد شاع بين العلماء منذ بداية القرن العشرين إلى نهاية الحرب العالمية الثانية أن الذكاء كمية ثابتة، وأن النمو تسيطر عليه وتحدده عوامل وراثية معينة بحيث أنه لا قبل للإنسان بأن يغير من نسبة ذكائه، إذ ينمو الذكاء مع الإنسان بمعدل محدد، وأن نمو الإنسان عملية تفتح تلقائي ذاتي، وأن النضوج التشريحي

يسير بمعدل ثابت أيضاً ما دمنا نفي بحاجات الطفل الجسمية ومقتضيات عملية الميتابوليزم عنده.

غير أن نتائج الدراسات التجريبية قد وجهت الانتباه إلى حقيقة هامة، هي أن الموروثات أو الجينات إنما تفرض الحدود التي لا يمكن أن يتخطاها الفرد في نموه العقلي دون أن تضمن للفرد بلوغها والوصول إليها، ولهذا يمكن أن يقال إن الجينات لا تحدد مستوى الذكاء على النحو الذي نقيسه عليه، وأن للخبرة والتأثيرات الحضارية والبيئية أثراً أكبر مما كان يظن لها من قبل.

وفيما يلي نستعرض بعض الاتجاهات التي اتخذها الباحثون بصدد الصلة بين الذكاء والخبرة وأثر العوامل الحضارية:

- كتب (بيروت وزملاؤه) في سنة 2005:

يقصد بالذكاء في علم النفس القدرة العقلية الموروثة الكاملة الشاملة، وهي قدرة موروثة أو على الأقل فطرية، بمعنى أنها ليست وليدة التدريب أو التعليم، وهي عقلية غير انفعالية ولا خلقية، وهي لا تتأثر بالجد ولا بالدأب، وهي عامة غير نوعية، بمعنى أنها لا تقتصر على نوع بعينه من الأعمال وإنما تدخل في كل ما نفعله أو نقول أو نفكر فيه، وهي من بين خصائصنا الذهنية أكثر أثراً في حياتنا، ولعل حسن الحظن أنه يمكن قياسها في ضبط وسهولة.

ويتعجب (هنت) من أن يسود مثل هذا الاعتقاد بثبوت الذكاء لدى أصحاب علم النفس والمربين الذين يؤمن أكثرهم أن في وسع الإنسان تحسين حاله وترقيتها بالتربية والتعليم، كما رأى في هذا لوناً من عدم الاتساق أو التناقض الفكري.

إن البنية التجريبية لم تكن تؤيد كلها الزعم بثبوت الذكاء وأنه قدرة ثابتة تحددها الوراثة الجينية، بل أثبتت كثيرة من الدراسات ما للبيئة والعوامل الحضارية والخبرة من أثرة في الذكاء، وقد جاءت هذه الدراسات من ثلاثة مصادر:

- أولاً: من الدراسات التي قام فيها الباحثون بترتيبة التوائم كلاً على حدة بعيداً عن الآخر.
- ثانياً: من الدراسات التي قام بها الباحثون بتربية التوائم كلاً على حدة بعيداً عن الآخر.
- ثالثاً: من الدراسات التي أجريت على آثار التدريب والتمرين.

(4 – 12) دراسات التوائم:

يفترض في هذه الدراسات أن التوائم المتحدة نشأت من نفس البويضة، وأنها تشترك إذن في نفس الطائفة من الينات أو الموروثات، وأنه يلزم عن هذا أن يرتد ما بين التوائم من فروق إلى اختلافات بينه أو في الخبرة، وقد قام (نيومان وفريمان وهو لزنجر في عام 1997) بتجميع البيانات عن 19 زوجاً من التوائم فتبين لهم أن سبعة من هذه الأزواج قد انفصل فيها أحد التوأمين في سن ستة شهور، وأن تسعة منها انفصلوا في سن العامين، وأن زوجين منها قد انفصلت في سن الثالثة والسادسة، وقد كانت الفروق لحتى يوصل يطلع الساعة 5:13 ثم قورنت هذه الفروق في نسب الذكاء في سبعة من هذه الأزواج، على حين كان أكبر الفروق يبلغ 24 نقطة، ثم 19 نقطة، في سبيعة من هذه الأزواج، على حين كان أكبر الفروق يبلغ 24 نقطة ثم 19 نقطة ثم 17 وأخيراً 15 نقطة، ثم قورنت هذه الفروق في نسب الذكاء بالفروق التربوية فتوصل إلى معامل ارتباط مقداره (+0.79٪) انتهى يو، وانتهى نيومان وأعوانه من هذا إلى أن الفرض البيئية والتأثيرات الحضارية يمكن ان تؤدي إلى فروق في نسبة الذكاء تأثيراً قد يصل إلى هذه الدرجة، وأن هذا التباين في الظروف الاجتماعية لو تفاقهم عن هذا لأدى إلى فروق أكبر وأعظم.

كذلك تبين أن ما يطرأ على انسجة المخ من تلف يمكن أن يؤدي إلى فروق أكبر في نسبة الذكاء، فقد قرر هويز (1991) ان زوجاً من التوائم المتحدة قيست نسب ذكائهما عند بلوغ سن الثالثة عشرة، فكان الفرق بينهما 52نقطة، وكان هذا الزوج من التوائم المتحدة قد تربى أحدهما مع الآخر، وأن ما بينهما من فرق مرده

إلى اختلاف ظروف الولادة بالنسبة لكل منهما، ذلك أن أحدهما (وكانت نسبة ذكائه 109) ولدته أمه في يسر وسهولة، على حين استدعى الأمر استخدام الأدوات الطبية في استخلاص الثاني (نسبة الذكاء 57) حتى تضاغطت رأسه بسبب ذلك، وعلى هذا يتبين لنا أن ما تجريه الطبيعة من تجارب على التوائم المتحدة يظهر ما لظروف النمو المتباينة من أثر في نسبة الذكاء، على حين أن تربية أحد التوأمين بعيداً عن الآخر قد لا تضيف إلى علمنا جديداً.

(4 – 13) الدراسات الطولية:

قرر (جود إنف وماروني) سنة (1992) منحنيات نمو في ذكاء الأطفال ينم عن تغيرات في نسب الذكاء تتراوح بين عشرين وخمسين نقطة في خلال تسع سنوات، كذلك وجد (هونزك ومكافارلين وألين) سنة (1998) تغيرات في حدود ثلاثين نقطة أو أكثر في نسب الذكاء في خلال فترة زمنية تراوحت بين ست سنوات وست عشرة سنة في نحو عشرة في المائة من عينة بلغ تعدادها 222 طفلاً في دراسة تعرف باسم (دراسة بركلي للتوجيه)، وأنه قد حدثت تغيرات مقدارها ثلاثة انحرافات معيارية في نحو 3 أو 4 في المائة من الحالات، وهي تغيرات تبلغ نحو ستين نقطة في نسبة الذكاء.

وتظهر الإشارة إلى ما للخبرة من أثر في كتابات بعض الباحثين، من ذلك أن الحالة رقم (553) في دراسة توجيهية بكاليفورنيا كانت تتمتع بصحة سيئة وخصوصاً في السنوات الأولى من حياتها، وهي لم تخل من المرض إلا لفترة واحدة امتدت إلى ستة أشهر، كما كانت العلاقات ما بين أفراد أسرتها علاقة يشوبها التوتر والشد والجذب، وقد حدث أن وجدت هذه الحالة في مجال اهتماماتها العقلية شيئاً من الأمن والطمأنينة، فارتفعت نسبة ذكائها، على حين أن الحالة رقم (764) كانت نسبة ذكائها أو نسبة نموها في سن العامين 133، ثم بلغت الرابعة من العمر فانخفض مستوى ذكائها إلى المتوسط، وما إن بلغت الثامنة عشرة من عمرها حتى كان ذكاؤها في مستوى 77 فقط، أي بما ينقص عن المتوسط بثلاثة انحرافات

معيارية، وقد ولدت هذه الحالة حيث كانت أمها (التي تتراوح نسبة ذكائها بين 65،70) في الرابعة والأربعين من عمرها، وكانت أمها تحرص على أن تجعل من ابنتها طفلة على الدوام، تغذيها بنفسها وتقوم عنها بأعمالها، وترتب على هذا أن ازداد حظ الحالة من السمنة ابتداءً من الفترة التي سبقت سن دخولها المدرسة إلى أن بلغت الرابعة عشرة من العمر حين بدأت تلتمس شيئاً من العلاج النفسي، وتناقصت السمنة دون أن يصحب هذا ارتفاع في نسبة الذكاء، والسمنة في ذاتها ليست على شيء كبير من الأهمية، ولكن ما تدل عليه من فرط اهتمام الأم بالحالة وقيامها عنها بالأعباء والمهام لا بد وأنه قد حجب عن الطفل صاحب الحالة كثيراً من الخبرات وحرمه من فرص النمو العقلي وتكوين الاهتمامات والميول.

أثر التعليم:

من المفروض أن مدارس الحضانة تمد الأطفال ببيئة غنية بالمنبهات، على حين أن الملاجئ الفقيرة في عدد العاملين بها تكون بيئة غير منبهة، وأول ما ظهر من التقارير في هذا الشأن وكيف أن نسبة الذكاء تتحسن نتيجة للتعليم في مدارس الحضانة، تقرير وولي (1995)، ثم تبعه دراسة باريت وكوك (1990)، ثم دراسة رثبين (1993) التي بينت كيف أن نسبة ذكاء الأطفال ظهرت في الاختبارات العملية ترتفع نتيجة للتعليم في مدارس الحضانة، وفي سنة 1998 ظهرت دراستان مستقلتان لاثنين من أبرز العلماء في هذا الميدان أحدهما (هيلدريث) والثاني (جود إنف)، تبين منهما أنه ليس لمدرسة الحضانة من أثر، فتشكك في قيمة الدراسات السابقة أكثر العلماء، إلا زمرة من الباحثين في جامعة (آيوا) على رأسهم (ولمان وسكيلز) صمدوا في ميدان، بحث هذه المسألة، وانتهوا إلى أن "العباقرة يصنعون"، وإلى " أننا المسؤولون عن بعض ضعاف العقول من الأطفال "، وعلى أية حال اشتهرت الدراسة التي قامت بها جامعة آيوا باسم " مشروع الملجأ " في هذه الدراسة تخير الباحثون أحد الملاجئ الفقيرة في عدد العاملين بها، ثم أقاموا في بعض أجزائه مدرسة حضانة ضمت 21 من أطفال الملجأ الذين تراوحت أعمارهم بين 18 شهراً و 5.5 سنوات، وكان لكل واحد من هؤلاء الأطفال مقابله في المجموعة الضابطة –

وقد روعي أن يقابل – بين كل طفل تجريبي ومقابله في المجموعة الضابطة – في العمر الزمني والعمر العقلي ونسبة الذكاء ومدة الإقامة السابقة في الملجأ، ثم تميزت المجموعة التجريبية بأنها تلقت فترة من التمرين والخبرة تتراوح بين خمس وست ساعات لخمسة أيام في الأسبوع، على حين أن المجموعة الضابطة لم تزد على إقامتها بالملجأ كما كانت تفعل من قبل، وانقضت ثلاث سنوات أعيد بعدها اختبار الأطفال كل ستة أشهر، وقد ظهر أن المجموعة التجريبية في متوسطها أقل ذكاء من الضابطة بنحو 4.5نقطة، وتشير النتائج إلى أن المجموعة التجريبية زادت نسبة ذكائها في العلوم، على حين انخفضت نسبة ذكاء المجموعة الضابطة.

وثمة دراسة أخرى هامة في هذا الصدد قام بها (سيكلز وداي) في سنة (1999)، وأوحت بها الملاحظة الإكلينيكية العابرة التالية: أودع طفلان كان أحدهما في سن 13 شهراً ونسبة ذكائه 46، والثاني في سن 16 شهراً ونسبة ذكائه 46 في مؤسسة لضعاف العقول بعد أن كانا يعيشان في ملجأ للأيتام تابع للولاية، كان سبب الإيداع انحطاط مستوى استجابتهم في اختبار الذكاء من ناحية، بل لتأخرهما في النمو عموماً، أما الأول فلم يكن يستطيع أن يجلس بمفرده ولا أن يخرج أي أصوات من فمه، على حين كان الثاني عاجزاً عن المشي إلا بمساعدة الآخرين وعن إصدار الأصوات، وفي المؤسسة وضعا مع فتيات بين خمس وتسع سنوات، وقد تصادف بعد إيداع الطفلين بستة شهور أن زار أحد السيكولوجيين العنبر فأدهشه على ما لاحظ على الطفلين من نمو وتغيير، وأعيد اختبار ذكاء الطفلين، فكانت نسبة ذكاء الأول 77 والثاني 88، وبعد أن قضيا عاماً كاملاً في المؤسسة كان ذكاء الأول 100 والثاني 88، ولما بلغا من العمر 40 و 43 شهرا على التوالي كان ذكاؤهما 95 و 93، ولما فحصت بيئة العنبر تبين أن أكبر الفتيات سناً وأكثرهم ذكاء قد تعلقن بالطفلين وداومن على اللعب معهما، وكذلك فعل الممرضون في العنبر.

إن هذه الملاحظة الإكلينيكية أوحت بالقيام بتجربة مماثلة نقل فيها 13 طفلاً متوسط ذكاؤهم 64.3 (كان المدى من 36 إلى 89)، وتراوحت أعمارهم

الزمنية بين 7 – 30 شهراً، إلى هذه العنابر التي تضم ضعيفات العقول من الفتيات، وتركوا فيها لمدة تتراوح بين ستة شهور و52 شهراً، فكانت النتيجة أن ازدادت نسبة ذكاء كل طفل من الثلاثة عشر طفلاً، وكانت أقصى زيادة هي 58 نقطة، وأقلها سبعة نقاط، وقد قام الباحثين بمتابعة مجموعة أخرى من الأطفال عددها 12، متوسط نسبة ذكائها 87، وتروحت أعمارهم بين 12، 22 شهراً تركت في الملجأ، وتبين لهما أن كل هؤلاء الأطفال فيما عدا واحد فقط قد نقصت نسبة ذكائه، وأن أحدهم نقص ثماني نقاط فقط، في حين تراوح النقص بالنسبة للعشرة أطفال الآخرين بين 18 و 45 نقطة، وكان النقص في خمسة منهم يتجاوز 35 نقطة(1).

كذلك نجد من بين علماء النفس من تأثر بفلسفة مدرسة التجريبيين Empiricists التي تعتقد بأن الذكاء مشتق من انطباعات الحواس، وأن القصور فيها، أو بعبارة أخرى القصور في الخبرات ينتج عنه التخلف العقلي، ومن هؤلاء الذين تأثروا بهذه المدرسة (إتارد) Itard، ولذلك نجده يبذل جهداً ويضع برنامجاً لتعليم الطفل الغبي (فكتور) الذي وجده ضالاً في غابة (أفيرون)، وعلى الرغم من أن جهود (إتارد) في هذه الناحية باءت بالفشل، إلا أن هذا لا ينفي أثر العوامل الثقافية والاجتماعية على الذكاء.

إن الدراسات المختلفة التي أجريت لإثبات أثر العوامل الثقافية في الذكاء ما زالت نتائجها غامضة، وكل ما لدينا من براهين تؤيد هذه العوامل أو لا تؤيدها، مشتقة من دراسة بعض الحالات، وفيما يلي ملخصاً لهذه الدراسات:

1. دراسة (أرنولد جيزل):

والتي نشرها في عام 1941 تحت عنوان Wolf child and Human child، وفي هذه الدراسة وصف (جيزل) التغيرات التي ظهرت على أحد الأطفال الذي وجد يعيش بين الذئاب في أحراش الهند والذي نقل بعد ذلك إلى أحد

(1) Hunt, J. Mcy, Intelleigence & experience, New Yovk, the Ronald Press company.

الملاجئ، ولم تؤد التغيرات البيئية إلى تحويل هذا الطفل إلى إنسان عادي، ومعنى هذا أن الحرمان الاجتماعي لم يكن العامل الأوحد في التخلف العقلي.

2. دراسة (كنجزلي ديفز): Kingsley Davis (1) التي أجراها على الطفلة (Anna):

كانت الطفلة ابنة غير شرعية، ولذلك لم يسمح جدها لأمها أن تدع أحداً يعرف شيئاً عن مولدها، واضطرت الأم أن تخفي الطفلة حتى سن الخامسة في حجرة مظلمة صغيرة على سطح المنزل، وترتب عن ذلك وعن سوء التغذية وعدم الاختلاط والإهمال، أن بدت الطفلة بلهاء، وتتكلم بصعوبة، وتفكر بطريقة غير سليمة، وبعد سن الخامسة تغيرت بيئة الطفلة، إلا أنه رغماً عن ذلك فإن الطفلة ما زالت بلهاء في تصرفاتها، والسؤال الذي يواجهنا الآن: هل ولدت الطفلة بلهاء، أو أن الحرمان من المؤثرات الاجتماعية والثقافية هو الذي أدى بها إلى حالة التخلف العقلي؟!.

ويجانب هذه الأبحاث التي قامت على دراسة الحالات الفردية **هناك بعض الدراسات التجريبية الأخرى التي تؤيد الفكرة التي تقول إن العوامل البيئية لها أثراه في النمو العقلي وزيادة نسبة الذكاء:**

- **هناك الدراسات التي قام بها كل من (فريمان وهولزنجر) Freeman & Holzenger:** وقد أثبتت الدراسات أنه إذا تم نقل الطفل في سن مبكرة من البيئة التي يعيش فيها إلى بيئة أخرى أحسن اجتماعياً وثقافياً، فإن ذلك يؤدي بدوره إلى ارتفاع نسبة الذكاء.

(1) Devis, Kingsley, "Extreme social Isolation of a child," Amer. J. of Sociology, 2004, pp. 554 – 565.

وعلى الرغم من أن هذه الدراسات لم تكن في أساسها منصبة على ضعاف العقول، إلا أن هذين الباحثين قد توصلا في تجارب أخرى قاما بها إلى النتائج التالية:

ارتفعت نسبة ذكاء 36 طفلاً من آباء ضعاف العقول بعد وضعهم في بيوت حضانة إلى 81، وفي تجارب أخرى وصلت الزيادة في نسبة الذكاء قبل وبعد الانتقال حوالي 7 درجات.

- **ووجد (كيفاردت) Kephardt في تجارب اجراها على 50 طفلاً** نقلهم من مدارسهم وبيئتهم المنزلية إلى معهد تعليمي خاص، أنه كانت هناك زيادة مستمرة في نسبة الذكاء.

والخلاصة أن الدراسات السابقة توضح أن العوامل الثقافية والتأثيرات الحضارية لها علاقة بنسبة الذكاء وخاصة في الأعمار المبكرة.

(4 – 14) برامج التربية الخاصة بالأطفال المعوقين عقلياً:

الطرق التربوية القديمة:

من الأهمية بمكان أن يكون لدى المعلمين فكرة عامة عن هذا الموضوع، فهم في حاجة إلى التعرف على الطرق التي استخدمت في تعليم ضعاف العقول، والوقوف على أسباب استخدام العلماء لتلك الطرق ومعرفة السبل للحصول على أفضل النتائج عن استخدامها، وكيفية ابتداع طرق أخرى جديدة، ومن المحتمل أن تكون ثمة طرق استخدمت في الماضي بنجاح رغم أننا قد لا نوافق على التفسيرات أو الأسباب التي وضعت لاستخدامها، وهنا نستعرض في إيجاز وتركيز للمدرسين والدارسين لضعاف العقول، طرق التدريس والنظريات التي ظهرت خلال القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين أي في فترة مائة عام.

فمنذ أن وجد الإنسان وعلى مر القرون واجه الجنس البشري مشكلة التعامل مع أولئك الذين يعيشون بينهم وهم يعانون، عن طريق المرض أو الأحداث العارضة أو عوامل الوراثة، من عجز في قدراتهم على التعامل وعلى أداء واجباتهم كما تفعل الغالبية العظمى من الناس، وقد كان ضعاف العقول في العصور القديمة يضطهدون ويعذبون ويعاملون معاملة سيئة ويهملون، والكلمة الإنجليزية (Idiot أبلة) مشتقة من الكلمة الإغريقية Idiotas أي Idios، ومعناها شخص شاذ أي أن فرد يجب إهماله والتخلص منه، ولكن عند ظهور المسيحية بدأت بعض الجماعات المتدينة تطبق فلسفة الإخوة بين بني البشر، وحاولت أن تأوي ضعاف العقول وتمدهم بالغذاء والكساء، وبدأ المجتمع منذ القرن التاسع عشر يفرد لضعاف العقول منشآت خاصة بهم، ونشأت حينئذ محاولات ضئيلة للعناية بتعليمهم.

ويمكن القول دون مجانبة للصواب، أن تعليم ضعاف العقول بدأ حوالي عام 1800، وأنه خلال القرن التاسع عشر وبداية العشرين كان جميع الرجال الذين عنوا بتربية ضعاف العقول والذي وفقوا في تشخيص حالاتهم وطرق تعليمهم من الأطباء، مثل إيتارد وسيجان ومنتسوري ودكرولي، ولكن توفيقهم العظيم كان في ميادين التشخيص السيكولوجي وفي تعليم الأطفال ضعاف العقول، ونستعرض هنا محاولات أولئك الرواد في تعليم الأطفال الشواذ.

(4 – 15) جهود إيتارد:

في أواخر القرن العشرين نجح استخدام بعض الطرق التربوية الخاصة بتعليم الصم، وفي حوالي هذا الوقت رأى جان مارك ايتارد الفيلسوف الفرنسي والطبيب في إحدى مؤسسات الصم أنه يمكن أن يكون للطرق التربوية المماثلة بعض الأثر في تعليم ضعاف العقول، وقد أوحت إليه بذلك الفلسفة الحسية (Sensationalism) والاعتقاد الذي ساد فرنسا عقب ثورتها الكبرى بأن للإنسان قدرات غير محددة وأن – التعليم والوسط – هما العاملان اللذان يحددان النمو العقلي.

وفي عام 1799 عثر في غابة افيرون على صبي بلغ من العمر نحو اثني عشر عاماً، وكان هذا الصبي أكثر شبهاً بالحيوان المفترس منه بالإنسان، فقد كان غير قادر على الكلام، يختار طعامه مستعيناً بحاسة الشم، ويحاول الهرب، وعلى وجه العموم لم تكن استجاباته مماثلة لاستجابات الإنسان، فلم يهتز لصوت مسدس أطلق خلفه ولكنه استجاب إلى صوت وقوع ثمرة من شجرة، ولم تكن حاسة الشم لديه لتفرق بين كريه الرائحة وذكيها، ولم يشعر بأي فرق بين الأجسام الساخنة والأجسام الباردة، كما لم يكن في الاستطاعة السيطرة على حالته المزاجية، فأحياناً هو في حالة ضيق وأخرى في حالة دهشة ممزوجة بالسرور، وخلاصة القول إنه كان كالحيوان في استجاباته، ولهذا فقد سمي " صبي افيرون المتوحش ".

ولم تكن الخلافات الفلسفية في ذلك الحين لتختلف كثيراً عما هي عليه الآن، إذ كان هذا الاختلاف واضحاً بين الفطريين Nativists والحسيين أو التجريبيين، فالفطريون – كما هو حادث اليوم – يتحيزون إلى الوراثة، فهم يؤمنون أن الوظائف العقلية والمعلومات لا تخلق ولا يمكن استحداثها، في حين أن التجريبيين(1) والحسيين(2) يؤكدون أن المعلومات والذكاء أمور مكتسبة عن طريق الحواس، ولهذا كانوا يعتمدون على التربية.

ولما كانت آراء ايتارد تتفق كثيراً مع آراء الحسيين، فقد وجد صبي (أفيرون) مثلاً جيداً للإنسان الذي لم يتعلم إطلاقاً، ورأى أنه لو اتخذ الطرق التربوية المناسبة في تدريب حواس الصبي، ففي الإمكان أن يصبح سوياً، أما بنيل (Penel) وهو طبيب نفسي فرنسي، فقد شخص حالة الصبي وقرر أنه أبله وانتحى ناحية الفطريين فأكد أنه لا يمكن تعليمه ومن العبث محاولة ذلك.

وبالرغم من ذلك فقد نشط ايتارد ووضع برنامجاً تدريبياً كبيراً للصبي، كي يظهر للعالم أنه في الإمكان تعليم الأبله عن طريق تدريب حواسهم، وحاول

---

(1) التجريبيين Empiricists.

(2) الحسيين Sensationalists.

خلال خمسة أعوام كاملة تعليم " فيكتور الصبي المذكور "، ثم امتنع يائساً معلناً فشل التجربة، وتلى ذلك أن فحصت أكاديمية العلوم الأمر فقررت أن ايتارد قد وفق توفيقاً ملحوظاً ورجته أن يكتب تقريباً عن محاولاته، فكتب كتابه المشهور: " صبي أفيرون المتوحش "، الذي أصبح فيما بعد السجل التاريخي الكلاسيكي لتعليم ضعاف العقول.

هذا ويمكن تلخيص أهداف ايتارد وبعض طرقه التربوية فيما يلي:

- **تنمية الناحية الاجتماعية:**

أراد ايتارد جعل الصبي اجتماعياً، عن طريق تعاليم تعتمد على أنماط أوجدها خصيصاً للصبي حينذاك مستهدفاً جعل دوافع الصبي البدائية غير المتوافقة أكثر مرونة، فقد كان فيكتور يبدو راضياً إذا ما أكل أو نام أو جرى في الحقول دون قيود، وفي نهاية التجربة ابتعد فيكتور عن عاداته البدائية وخضع لحياة أكثر قيوداً.

- **التدريب العقلي عن طريق المؤثرات الحسية:**

كان من أهم أهداف ايتارد تنشيط الجهاز العصبي عن طريق برنامج أعد إعداداً دقيقاً للتأثير على الحواس، وتنمية قدرة الأعصاب على التمييز عن طريق تدريب كل حاسة منفصلة عن الأخرى، وقد حدد هذا الهدف الكثير من طرق ايتراد وأساليبه التدريبية والتي نلخصها فيما يلي:

1. استطاع ايتارد أن يلمس شيئاً من التقدم عن طريق استخدام تدريبات خاصة لحواس الذوق واللمس والحس والشم، وكانت هذه التدريبات تشتمل على مؤثرات مزدوجة عكسية، كالسخونة والبرودة، ثم يتدرج في التقريبن بين النقيضين حتى يصل إلى شيء من التقدم في التفريق بينهما، ولتدريب الصبي على الإحساس مثلاً كان يلقي به في مياه ساخنة أو باردة، وقد لجأ ايتارد إلى

هذا الإجراء لأن فيكتور كما يبدو لم تكن لديه القدرة على التفريق بين الدرجات المختلفة من الحرارة فلم يكن ليتأثر لو أنه وقف عادياً في ريح باردة كما كان يستطيع أن يتناول قطعة فحم متوهجة.

2. وقد بذل ايتارد الكثير من الجهد لتنمية حاسة اللمس لدى الصبي، أما حاستي الشم والذوق فكانتا قويتين لدى الصبي، أما في ميدان اللمس فقد أمكن لايتارد تدريب الصبي على التفريق بين مفتاح وقطعة من النقود وبين الحروف المعدنية مثل .R. B.

3. ويبدو أن تدريب حاسة السمع كان أصعب من تدريب حاسة اللمس، ففي تدريب حاسة السمع وضع ايتراد غمامة على عيني الصبي حتى يقلل من استخدامه لحاسة الإبصار، ثم قرع جرساً وضرب طبلة وطلب من الصبي تقليد الصوتين كي يستنتج من ذلك سماعه لهما والتمييز بينهما، ورويداً رويداً قارب ايتراد ما بين هاتين النغمتين المختلفتين تماماً، متوقعاً أنه كلما زادت قدرة حاسة السمع على التمييز، وكلما غدت أكثر دقة، كلما أمكن تدريب الصبي على تمييز الأصوات الإنسانية المختلفة، وكان التدريب السمعي ناجحاً في بداية الأمر، إذ نجح إيتارد في الحصول على بعض النتائج عن إدراك الصبي للمؤثرات الصوتية المختلفة، ثم بدأ يعلمه التفرقة بين الحروف المتحركة، وبعد مران طويل تعلم " فيكتور " كيف يميز بين أصوابت نطق .O. A، غير أن القلق خوفاً من الفشل والسرور الشديد والدهشة العارمة عند النجاح منعت الصبي من المزيد من التعلم، وهكذا ترك إيتارد التدريب السمعي واتجه إلى الحواس الأخرى كالإبصار.

4. وقد أتبع ايتارد في التدريب البصري نفس الأسس التعليمية التي سبق أن استخدمها في حالة السمع، فدرب الصبي على التفرقة بين الأشياء الضخمة الحجم والأشياء الضئيلة الحجم، ثم تدرج الأمر إلى التمييز البصري فيما بينها من أحجام وأجسام، وقد نجح إيتارد في تدريب الصبي على بعض الكلمات مثل كلمة لبن Lait، وربط ما بين الكلمة المطبوعة وبين اللبن، وقد نجح الصبي في تعلم بعض الكلمات، واستطاع أن يقرأه ويكتبها قبل أن تنتهي التجربة.

- **خلق الحاجات الإنسانية:**

كان الهدف الثالث لإيتارد أن يروض الصبي ويولد فيه بعض الحاجات والرغبات الإنسانية أو بمعنى آخر أن يقلل من دوافعه الحيوانية ويحولها إلى أخرى إنسانية المظهر، اجتماعية الصيغة، وقد نجح نجاحاً ضئيلاً في هذا الصدد فيما عدا حب الصبي للمرأة التي اعتنت به، كما تولد لديه بعض الشعور تجاه إيتارد الذي كان يلاعبه ويحاول تعليمه، وفيما خلال هاتين الناحيتين لم يبدِ الصبي أي اهتمام بإنسان آخر، ولم يلعب باللعب، كما كان من الصعب إشراكه في أية لعبة جماعية إلا إذا كان الأمر خاص بالبحث عن الثمار بعد تخبئتها.

- **الكلام:**

وثمة هدف آخر لإيتارد ألا وهو تعليم الصبي الكلام، وقد جرب إيتارد تدريبات السمع وربط الكلمات بمدلولاتها من الأشياء، كما حاول تعليم الصبي الحديث بنفس الطريقة التي يدرب بها الصم، ولكن إيتارد لم ينجح فقد ظل فيكتور أخرساً حتى مماته.

- **الذكاء:**

والهدف الأخير من التدريب كان يقصد به تنمية الذكاء، الأمر الذي لا يعتبره إيتارد منفصلاً بل هو جزء من الأفكار المغروسة في العقل عن طريق تدريب الحواس، وهذا النوع من التدريب وثيق الصلة بالقراءة والكلام، ولكي يتعلم فيكتور ربط إيتارد ما بين الأشياء والكلمات المطبوعة، فربط مثلاً بين السكين ولكلمة المطبوعة Knife، وبعد أن تعلم الصبي هذه الأشياء، وضعت الأشياء في أحد أركان الغرفة ثم أعطيت للصبي بطاقة مكتوب عليها اسم اشليء فاستطاع الصبي إحضاره بسهولة، ولكن عندما غير إيتارد الأشياء فاستبدل السكين مثلاً بأخرى أكبر أو أصغر حجماً، ارتبك الصبي، وهكذا وجد إيتارد أنه ليس لدى الصبي القدرة على التعميم، ومن ثم ليس في الإمكان تنمية هذه الناحية من نواحي الذكاء.

وقد ظن إيتارد أن الصبي قد يصبح أكثر قدرة على التعلم عندما يصل إلى مرحلة البلوغ، ولكن الذي حدث هو عكس ذلك تماماً، فقد أصبح من الصعب السيطرة على الصبي، فأرسل في النهاية إلى أحد المعاهد ثم أعيد مرة أخرى إلى المرأة التي عنيت به منذ البداية فظل معها دون أي تقدم حتى مات عام 1828.

- **أثر إيتارد:**

من الصعب تقييم ما قدمه إيتارد من جهود لتعليم ضعاف العقول، فقد أوضح بالتجربة أنه من الممكن أن يتحسن الأبله إلى حد ما، ذلك أن الصبي قد استطاع أن يقرأ بضع كلمات كما استطاع أن يضبط دوافعه خلال التدريب، وقد كان تقرير إيتارد أول تقرير عن تدريب البله، لم تلبث أن تلته تقارير أخرى موضوعية، ومن المؤكد أن إيتارد كان يهوى العمل مع ضعاف العقول، وتلاه في هذا الميدان سيجان (Seguin) ومنتسوري ودكرولي وآخرين.

ولم تكن جهود (إيتارد) في هذا الميدان قاصرة على الأساليب الحسية، بل إنه أول من استغل المبادئ النفسية في تعليم ضعاف العقول.

(4 – 16) أعمال سيجان (Seguin):

كان إدوارد سيجان معلماً ثم طالباً يدرس الطب والجراحة على يدي إيتارد، وكنتيجة لتأثير إيتارد وتعاليمه أغرم سيجان بدراسة الأطفال ضعاف العقول وخصص كل حياته لتدريبهم وعلاجهم، وقد أضاف سيجان إلى تعليم ضعاف العقول طريقته المسماة " الطريقة الفسيولوجية "، ففي عام 1846 نشر كتابه: The Morl Treatment, Hygene & Education Idiots & Othe Backward Child.

وقد حاز هذا الكتاب إعجاب الأكاديمية الفرنسية، كما أرسل له البابا بيوس التاسع خطاباً يباركه فيه لما أسداه من خدمات إنسانية.

وفي عام 1848 أي بعد الثورة الفرنسية، لم تجد مدرسته رواجاً، فترك باريس وهاجر إلى الولايات المتحدة لإتمام عمله في خدمة ضعاف العقول، وأصبح مديراً لمدرسة المعلمين ببنسلفانيا التي تعد معلمين لتعليم البله، ولكنه ما لبث أن استقال لعجزه في اللغة الإنجليزية ولكراهيته للأعمال الإدارية، وهكذا ترك العمل في المعاهد الخاصة وتفرغ لمزاولة عمله بطريقة فردية، حيث كان يعلم بعض ضعاف العقول في مدينة نيويورك، وفي عام 1866 كتب كتابه الثاني، وقد فصل في هذا الكتاب فلسفته في التعليم بإسهاب وذكر الأسباب التي دعته إلى استخدام الطريقة الفسيولوجية.

وتعتمد نظرية سيجان في التعلم على فروض عصبية فسيولوجية، ولما كان أخصائيو الأعصاب قد قسموا الجهاز العصبي إلى قسمين رئيسيين: هما الجهاز العصبي المحيطي أو السطحي (Peripheral) والجهاز العصبي المركزي، فقد فرق سيجان بين نوعين من ضعاف العقول: السطحي والعميق، والنوع الأول كما يقول سيجان هو ذلك الذي يضعف أو يتلف فيه الجهاز العصبي السطحي أو المحيطي، أما النوع الثاني فينشأ عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي.

والطرق التعليمية لهذين النوعين من ضعاف العقول واحدة، ففي حالة عجز الجهاز العصبي المحيطي أو ضعف العقل السطحي، كان المعتقد أن الجهاز العصبي المركزي سليم، غير أن تأثير الأعصاب لا يصل إلى الجهاز المركزي لضعف أو تلف الأعصاب المستقبلة، ولتعليم هؤلاء الأفراد اعتقد سيجان أنه لو درب الجهاز العصبي المحيطي تدريباً خاصاً عن طريق تدريبات العضلات والحواس، فإن هذا يؤدي إلى تقوية الأعصاب المستقبلة، وهكذا تصبح العضلات الحسية قادرة على أن تصل إلى الجهاز المركزي، أما في حالة النوع العميق من الضعف العقلي، حيث كان يظن أن الجهاز العصبي المركزي تالف، فقد استعمل سيجان نفس العلاج، إذ كان يهدف إلى إحداث صدمات للجهاز العصبي المركزي عن طريق الأعصاب المستقبلة كي تنشط الخلايا العصبية في القشرة فتؤدي عملها على وجه أكثر نشاطاً، وقد

فسر سيجان طريقته الفسيولوجية في التعلم على أنها عبارة عن أقلمة الأسس الفسيولوجية عن طريق نمو الوظائف الديناميكية والمستقبلة والشرطية في الشباب.

وتمشياً مع هذه النظريات، كان واجب سيجان الأول أن يدرب الجهاز العصبي، وقد آمن أن النشاط يجب أن يكون من النوع الذي يؤدي إلى إشباع حاجات الطفل ورغباته وقدراته – وهو اتجاه حديث في التربية – كما يجب أن تكون التدريبات مشتقة من النشاط اليومي والألعاب المعتادة التي يقوم بها كل الأطفال، وكان يؤمن أن حجرة الدراسة يجب أن تكون في الهواء الطلق، وأن التدريبات يجب أن تكون بسيطة ومصممة بحيث تعمل على تنمية كل الوظائف الحركية والصوتية أو أي جزء من أجزاء الجسم الضعيفة أو السيئة التغذية، ولم تزد الأدوات المطلوبة على منضدة وسلم وعرق من الخشب، للاتزان ومنصة قفز، وقد استخدم الطريقة الكلية فرأى أن جميع الحركات يجب أن تتعلم ككل أولاً ثم يلي ذلك تعليم الحركات الجزئية، وهذا النظام الذي وضعه للتربية الرياضية عني أولاً باستخدام الأقدام ثم الأرجل ثم البدن ثم الأكتاف، فالأذرع فالرسغ فالكف وأخيراً الأصابع.

ولم يكن هناك شيء يداني أهمية الأيدي في نظر سيجان، فإن العمل اليدوي يتطلب الكثير من المهارات المتجمعة بدنية كانت أو عقلية.

ويرتبط تدريب حواس اللمس بالتدريب اليدوي ارتباطاً وثيقاً، لذلك رأى سيجان ضرورة تشجيع الأطفال على تناول الأشياء، وذكر أن تحذير الأطفال من استعمال أيديهم لاختبار صفات الأشياء المحيطة بهم هو أحد الأخطاء البالغة الأهمية، وكان يعتقد أن من واجب المعلم تنمية حب الاستطلاع وتوجيهه، ويعتبر اللمس هو أول، وربما أهم حاسة، يجب تنميتها، ويقوم تدريب حاسة اللمس على تقديم الكثير من المثيرات المختلفة في الشكل والحجم والتركيب والحرارة والوزن، أما تدريب حاستا الذوق والشم فيبدأ بعد بدء تدريب حاسة اللمس بقليل ثم يتمشيان معاً عن طريق الطعام عادة.

وقد وجد سيجان أن هناك ثلاث طرق خاصة بتدريب حاسة السمع، الأولى تتعلق بالصوت عامة، والثانية هي التعرف على السلم الموسيقي، والثالثة هي الأداء الصوتي، وقد استخدام سيجان الموسيقى لتوفير المجال الذي يساعد على الأداء، كما استخدم الألحان المرحة الخفيفة في ساعات الصباح، ثم تدرج إلى الأنواع الأكثر تبايناً والمناسبة للدراسة يوماً بعد يوم، فكانت الأنغام الموسيقية المملوءة بالحيوية تسبق التدريبات البدنية، وكانت النغمات الطويلة المستمرة تصحب تدريبات الكلام، ثم انتقل سيجان من التدريبات الموسيقية إلى التدريب على الكلام.

وقد أدرك سيجان أن كلام ضعاف العقول هو أصعب المهارات اكتساباً بالنسبة له؛ وقد حاول تعليمهم الكلام ثم الكتابة وأخيراً القراءة، وقد عالج الكلام على أنه ارتباط بين الصوت والحركات التي تؤدي نتيجة للحاجة، فصرخات الأطفال تتحول إلى أصوات، أما الحركات فتنشأ عن التقليد، وهكذا أدخل الكتابة كتدريب للتقليد، وأخيراً أدخلت القراءة نتيجة للربط بين كل من الكلام والكتابة، فكان ينطق الكلمات مثل:

كتاب، تفاحة، قلم... ثم كتبها ويضع الأشياء التي تمثلها في يد الطفل، وقد استخدم نفس الطريقة في حالة الأفعال وذلك بعرضها واستخدامها.

واشتمل تدريب القدرات البصرية على استخدام الألوان والأشكال المترابطة والأبعاد والمسافات والمستويات، وقد تم ذلك عن طريق استخدام الأشياء التي يتداولها الطفل حقيقة ويمسكها بيديه، كما انتهز سيجان هذه الفرصة لتأكيد أهمية اليد كمعين للعين.

ولا تختلف فلسفة سيجان اختلافاً كبيراً عن الكثير من الطرق المتداولة اليوم، فيما عدا المعالجة الآلية عن طريق الحواس، وقد أكد أهمية تعليم الطفل ككل وكفرد قائم بذاته، كما أوضح أهمية الانسجام بين المعلم وتلميذه، والراحة البدنية للطفل أثناء فترة التعليم، وأهمية البدء بما يحتاجه الطفل ويطلبه ويرغبه

قبل التقدم إلى الأشياء التي يجهلها، وقد استخدم معلمو الأطفال ضعاف العقول – لأعوام عدة – الكثير من العمل اليدوي في محاولاتهم تعليم هؤلاء الأطفال عن طريق الربط بين اليد والعين، وما زالت الكثير من الآراء والطرق التي وضعها سيجان صحيحة حتى اليوم، بالرغم من أننا قد لا نتفق مع فكرة سيجان عن الضعف العقلي السطحي والعميق، وما زالت الطرق والأفكار التي استخدمها اسيجان في تعليم ضعاف العقول ذات قيمة حتى اليوم.

(4 – 17) جهود منتسوري:

بدأ اهتمام الدكتورة (ماريه منتسوري) بضعاف العقول، وفي ذلك الحين كانت تشغل وظيفة مساعدة في عيادة سيكلوجية في روما حيث وجدت عدداً من الأطفال ضعاف العقول معزلين في مارستان، وكان المجتمع يؤمن عادة أن الشلل، والبله والأمراض المشابهة في طبيعتها لهذه العل هي – أولاً وقبل كل شيء – طبية، ولكن بعد دراسة منتسوري لأعمال إيتارد وسيجان قالت إن مشكلة الضعف العقلي هي قبل كل شيء مشكلة تربوية أكثر منها طبية، ولذلك أنشأت مدرسة جددية، وفي هذه المدرسة التي رأستها لم تعلم ضعاف العقول فحسب، بل رأست أيضاً مركزاً تدريبياً لإعداد المعلمين لتعليم الأطفال ضعاف العقول، وقد انتظم بين تلاميذها بعض الزوار من لندن وباريس.

وقد صممت منتسوري أدواتها التعليمية الخاصة، ثم علمت عدداً من تلاميذها المتأخرين القراءة والكتابة جيداً حتى أصبحوا قادرين على أداء الامتحانات في المدارس في مستوى يتمشى والتلميذ العادي، وقد دونت النتائج كما سجلت تقاريراً أشبه بالمعجزات حتى جعلتها تتساءل عن الأسباب التي من أجلها لا يستطيع التلميذ العادي بلوغ مستوى أفضل، وكان تفسرها لهذه الظاهرة أن تلاميذها من ضعاف العقول قد دربوا جيداً، في حين أن الأطفال الآخرين تمتعوا بفرص تعليمية ضئيلة.

وفي عام 1907 واتت منتسوري الفرصة لافتتاح مدرسة تستهدف تعليم الأطفال العاديين الذين تعمل أمهاتهم، وقد افتتحت هذه المدرسة "بيت الأطفال"، في أحد البيوت الكبيرة القديمة في روما بعد تحسينه وأصبح منذ ذلك الحين ذا شهرة في العالم أجمع في ميدان التربية.

وقد وصفت منتسوري طريقتها بأنها محاولة للربط بين المنزل والمدرسة، ولهذا كان النشاط الذي رسمته للدراسة صورة من بعض نواحي النشاط المنزلي، وقد وافقت سيجان على تأكيد الأهمية البالغة لتدريب الحواس والعضلات كجزء من التعليم المبكر للأطفال، وعلى الرغم من أن سيجان كان يعتقد أن الحركات البدنية إنما هي نشاط سيكولوجي، إلا أن منتسوري خالفته في ذلك الرأي، فلم تؤكد أهمية هذا العامل، إذ اعتبرت النشاط العضلي نشاطاً فسيولوجياً بحتاً.

وكان حجر الأساس في طريقة منتسوري هو تعليم الفرد لنفسه بنفسه، فنواحي النشاط والأدوات اللازمة لها أعدت ونظمت بصورة تمكن الطفل من أن يعلم نفسه بينما يتنحى المدرس جانباً ويظل سلبياً يشرف على هذا النشاط، ويتم هذا التعلم الذاتي بواسطة أدوات مدرسية.

وتتألف هذه الأدوات من ستة وعشرين بنداً مختلفاً عملت خصيصاً لتدريب كل الحواس فيما عدا حاستي الذوق والشم، فلتدريب القدرات البصرية مثلاً أعطي للطفل أسطوانات خشبية يضعها في ثقوب محفورة على كتلة صلبة من الخشب مستعيناً بإدراكه للأبعاد المختلفة للثقوب والأسطوانات، ثم يستمر التدريب عن طريق استخدام أشياء أكبر تحتاج إلى حركات أكثر صعوبة وإلى عضلي كبير، والأدوات المستخدمة في ذلك كانت سلالم طويلة وأخرى عريضة وأشياء مشابهة، أما في حالة التدريب على الإحساس بالحرارة، فكانت الأيدي توضع في الماء البارد ثم الدافئ ثم الساخن، حتى يتعلم الطفل كيف يفرق بين الدرجات المختلفة من الحرارة، وفي حالة القدرات اللمسية كان التدريب يقوم على لمس قطع من الورق الناعم مرة أخرى من ورق الصنفرة الخشن، وللتدريب على تمييز الألوان استخدمت

منتسوري لوح ملونة تشتمل على مجموعة من 46 بكرة ذات ثمانية الوان في درجات مختلفة، وفي حالة حاسة السمع استخدمت منتسوري صناديق صغيرة مملوءة بالرمل وبالزلط وقطع المعادن، كل ذلك بقصد تدريب حاسة السمع عن طريق سماع الأصوات المختلفة داخل تلك الصناديق، وبالإضافة إلى ذلك فقد كانت تدعو الأطفال إلى الاستماع إلى الطيور المغردة على الأشجار، ثم يتلو ذلك الاستماع إلى أصوات متتابعة وضوضاء تبدأ بالأصوات المتنافرة وتنتهي بالأصوات ذات النغم المتماثل، ويقول (بوينت) إن طريقة منتسوري فيما يختص بتدريب حاسة السمع بالوسائل الحسية لم تؤد إلى تحقيق الغرض منها إذ ليس في الإمكان أن يدرب الطفل نفسه على السمع أثناء نشاطه وانشغاله مثلما يفعل مع الحواس الأخرى.

أما الأدوات التي استخدمت للتدريب على الإحساس بالوزن فتكون من قطع صغيرة من الخشب متساوية الحجم ولكنها مصنوعة من أنواع مختلفة من الخشب وبهذا كانت أوزانها مختلفة.

وقد أثارت النتائج التي وصلت إليها منتسوري الكثير من الاهتمام في العالم أجمع بتربية الأطفال في الفترة التي تسبق التحاقهم بالمدارس — فدعيت منتسوري إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث ألقت سلسلة من المحاضرات اقتبس المؤلفون الكثير منها — .

غير أن (وليم كلباترك) وهو أحد الرواد المفسرين لفلسفة ديوي في النشاط والميول لم يقتنع بطريقة منتسوري، ويقول (كلباترك): إن طريقة التعلم باستعمال المواد الملموسة يفيد، ولكنه يضيف إلى ذلك أن نشاط الحياة يعطي فرصاً ممتازة للتعبير عن الذات، إنه يرى أن أفضل أنواع تعليم الفرد لذاته إنما يحدث عنه وجود مشاكل حقيقية لدى الطفل، كما يرى أن أكبر خطأ في تصورها أنها تفترض وجود انتقال لأثر التدريب من الإحساس بالمواد إلى مواقف الحياة العامة.

(4 – 18) جهود أخرى مبكرة:

الدكتور دكرولي: وكان يعمل في بروكسيل ببلجيكا في صدر القرن العشرين، وتقول عنه إحدى تلميذاته: إنه كان يؤمن أن تعليم الطفل ضعيف العقل يجب أن يتركز حول حاجاته الأساسية، وقد ابتكر الكثير من الألعاب الجمعية وألوان النشاط الهادفة لتصحيح العيوب الظاهرة في الأطفال ضعاف العقول، كما كان يعودهم على الانتباه والعمل بأنفسهم، ولقد كان الهدف الذي يسعى إليه الدكتور دكرولي من كل الأساليب السابقة هو: تنمية الإدراك الحسي لدى الطفل ضعيف العقل.

وواضح من العرض السابق أن نشاط دكرولي كان يؤكد فكرة تعليم ضعاف العقول عن طريق الطفل نفسه، وقد اعتمد البرنامج الذي وضعه على إمكانيات الطفل الجسمية والعقلية، كما اعتمد على إشباع حاجات الطفل الممكنة ومع كل ذلك فقد اهتم بالبيئة التي يعيش فيها الطفل، وبالمعاملة التي يلقاها من مدرسه ومجتمعه، إن (دوكرلي) قد حاول – كما حاولت منتسوري – رسم برنامج يعتمد على الألعاب الجمعية، ينهمك الأطفال في أدائها، والفرق بينهما، يقع أولاً في أن الدكتور دكرولي أكد أهمية الألعاب الجمعية في المواقف الطبيعية، في حين أن منتسوري استخدمت مواد حسية بطريقة تقليدية ثابتة، وعلى هذا يمكن اعتبار دكرولي أحد المربين المحدثين لضعاف العقول.

وثمة باحث آخر في ميدان ضعاف العقول وهو "ألفرد بينيه" العالم السيكولوجي، فقد كان من أوائل من ساهموا في هذا الميدان من غير الأطباء.

والفرد بينيه مشهور باختبار الذكاء الذي ألفه، وفي الواقع إن اهتمامه بقياس الذكاء، لا يرجع لاهتمامه بالطفل العادي بقدر ما يرجع لاهتمامه بتشخيص الأطفال ضعاف العقول في المدارس العامة.

ولم ينظم بينيه برنامجاً تعليمياً مستفيضاً لضعاف العقول، وإنما كان غرضه الأساسي فحص أطفال المدارس العامة والكشف عن ضعاف العقول لوضعهم في فصول خاصة بهم دارس المدارس العادية، وكانت وسيلته في الكشف عن هذه الفئة من الأطفال تتم بواسطة اختبارات سيكولوجية وتربوية، وكذلك عن طريق المشاهدات الدقيقة للأطفال أثناء تعليمهم، وهكذا طرق (بينيه) باباً لم يسبقه إليه أحد في التشخيص أو التعليم، وفي هذا يقول:

"إن هناك أمراً أساسياً يجب أن يدركه العالم أجمع، وهو أن الفلسفة الحسية التي كان ينادي بها كل من سيجان وإيتارد قد دالت دولتها، وأن الطرق العلمية الدقيقة هي التي ينبغي أن تدخل إلى ميدان التربية الخاصة بضعاف العقول، بحثاً عن أفضل الطرق لتربية هذه الفئة من الأطفال ".

ومما سبق يتضح لنا فلسفة (بينيه) في تربية ضعاف العقول، فهو لم يسلم بأعمال من سبقوه، بل سعى لمعرفة الحالة الفعلية لضعاف العقول وقدرتهم على التعلم وإمكانياتهم، وعني بتنظيم برنامج تعليمي لهم في المدارس العامة لجعلهم قادرين اجتماعياً ومهنياً بدلاً من إيوائهم في مؤسسات ينشؤها المجتمع، وهكذا ركز (بينيه) اهتمامه على قياس الذكاء والتعرف على هؤلاء الأطفال وإعداد البرامج التعليمية لهم، وإن كل ما أسهم به تركز أساساً في ميدان التشخيص وليس في ميدان الطرق التربوية.

الخلاصة:

بدأ الاهتمام بتعليم الأطفال ضعاف العقول في القرن التاسع عشر، وكان أغلب من ساهموا في هذا المضمار من الأطباء فيما عدا بينيه، وكان المربون عازفين عن تحمل مسؤولية إيجاد طرق ووسائل جديدة لتعليم ضعاف العقول، فتركوا الأمر للأطباء ورجال علم النفس.

ومن الغريب أن أغلب الدراسات في تعليم ضعاف العقول قامت في فرنسا وإيطاليا وبلجيكا، ذلك أن الفلسفة الاجتماعية في ذلك العصر كانت متأثرة بالثورة الفرنسية وما يتبعها من التمسك بالمثل الجديدة والإيمان بقيمة الفرد.

وثمة عامل آخر له أثره في تعليم ضعاف العقول في القرن التاسع عشر، هو الفلسفة الحسية الشائعة وتأثيراه على الطرق التعليمية، فقد كان يعتقد أن الإنسان – وكلمة الإنسان هنا تشمل أيضاً ضعاف العقول – إنما يكتسب معلوماته وخبراته ومظاهر نموه العقلي عن طريق الإدراك الحسي، ولهذا فقد قامت التربية الخاصة بضعاف العقول على تدريب الحواس والعضلات بواسطة وسائل حسية، وفي بداية القرن العشرين كان (دكرولي) و (بينيه) أول من خرج على هذا النمط من التربية إلى فلسفة التعليم عن طريق الخبرة وبالتعليم عن طريق العمل، وكان هذا المبدأ أساساً بني عليه كثير من العلماء في القرن العشرين والمهتمين بالتربية الخاصة بضعاف العقول، نظرياتهم وبرامجهم التعليمية.

(4 – 19) الطرق التربوية الحديثة للمتخلفين عقلياً:

باستثناء قلة من إن المحاولات المتعددة التي بذلت لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً لم تنشر نتائجها بعد، الدراسات يرجع فضل نشرها إلى بعض الأفراد أو لجان معالجة المنهج، وسوف نستعرض في هذا الفصل بعض هذه الفلسفات والطرق التربوية التي ظهرت وتطورت منذ الحرب العالمية الأولى.

النظام التربوي عند (دسيدرس) Descoeudres:

رغم أن كتاب (أليس دسيدرس) عن (التربية للأطفال المتخلفين عقلياً) يعتبر من أمهات الكتب التي تفردت في بحث النظام التعليمي الشامل للأطفال المتخلفين عقلياً، إلا أن معرفة الكثيرين به لا زالت ضئيلة، وقد كانت (دسيدرس) تعمل كمساعدة للدكتور دكرولي، وكان شغفها واضحاً بدراسة التأخير العقلي في مدرسته الخاصة بالمتخلفين عقلياً في (برسلز)، ولذلك تعتبر فلسفتها التربوية وطرقها التعليمية امتداداً وتكملة لأعمال وجهود دكرولي في هذا الميدان.

وقد كانت تعتقد في ضرورة إجراء تشخيص كامل للأطفال المتخلفين عقلياً، وبأن الأطفال المعتوهين والبلهاء غير قادرين على التعلم في المدارس العادية، ولكن من الممكن تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ذوي المستويات العليا من هذه الفئة في فصول خاصة تلحق بالمدارس العادية، ومن ثم فقد أعلنت عدة مبادئ تربوية، يمثل كثير منها الاتجاهات الفلسفية الحديثة في التربية، نلخصه فيما يلي:

1. يجب أن تستغل التربية من أجل الأطفال المتخلفين عقلياً النشاط الطبيعي للطفل، وهي بذلك تتفق مع فلسفة جون ديوي التي تنادي بالتعلم عن طريق العمل.
2. من الضروري تنمية معارف الطفل عن طريق الإدراك وتدريب الحواس، والهدف من ذلك هو إضافة الضبط والتثبيت للمعارف التي اكتسبها ولخلق معارف جديدة، وكذلك لتحسين وإغناء التعبير اللفظي خلال ألوان النشاط الاجتماعي التي يقوم بها.
3. والمبدأ الثالث الذي نادت به هو مبدأ الربط أو التركيز، وهي تعني بهذا أن مختلف الموضوعات تميل إلى أن تتجمع حول عنصر رئيسي، وهي ترى أنه على الرغم من أن الربط طريقة تربوية هامة بالنسبة للأطفال العاديين فإنه أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً، حيث إن ربط الموضوعات في

مجموعات طبيعية يجعل مضمونها أسهل فهماً على الأطفال، وهي تعتقد أيضاً أن الربط من شأنه أن يقوي وحسن ارتباط الأفكار بعضها ببعض.

4. ينبغي مراعاة الفروق الفردية في تعليم هذه الفئة من الأطفال، وهذا لا يعني بالضرورة تعليم هؤلاء الأطفال فردياً، وإنما مواءمة التعليم للحاجات الفردية لكل طفل، سواء كان التعليم في مجموعات أو مع أفراد.
5. تأكيد الصفة النفعية أو الوظيفية للتعلم، فهي تعتقد اعتقاداً جازاً بضرورة استخدام النشاط المتعلم في الحياة الواقعية إذا أردنا للتعلم أن يحدث ويصبح ذو فاعلية وظيفية في حياة هؤلاء الأطفال.

وتمثل أهداف (دسيدرس) في تربية الأطفال المتخلفين عقلياً وطرق تعليمهم – إلى حد ما – مرحلة انتقال بين الاتجاه الحسي والفسيولوجي عند (إتارد) و (سيجان) وبين الطرق الأكثر تقدمية في تعلم الأطفال المتخلفين عقلياً وفقاً لحاجاتهم في المجتمع.

وفيما يلي تلخص الخطوط الرئيسية في المنهج الذي وضعته (دسيدرس) لتربية هذه الفئة من الأطفال، وطرق تعليمهم، ووجهات النظر التي نادت بها:

تدريب الحواس والانتباه:

تؤكد (دسيدرس) – مثل بينيه ومن سبقوه – أهمية عمليات تدريب الحواس والانتباه بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً، ويقرر كثير من الباحثين أن مدى الانتباه عند الأطفال المتخلفين عقلياً قصير جداً، وعلى ذلك، فإنه لكي يتم تعليمهم ينبغي توجيه الانتباه خاصة للأمور الحسية، ومن ثم قامت – من أجل تدريب الحواس والانتباه – بتنظيم سلسلة من الألعاب والتمرينات لتنمي بها حواسهم المتعلقة بالبصر، والسمع، والحاسة العضلية، واللمس، والذوق، والشم.

ففي التدريب البصري – على سبيل المثال – حاولت أن تنمي تلك القدرة على التمييز بدقة في اللون، والشكل، والحجم، والاتجاه أو التنظيم، والظل، وذلك

عن طريق تزويد الطفل ببعض الألعاب مثل لعبة التوفيق بين الألوان Color Lotto، وتتطلب هذه اللعبة من الطفل أن يضع أشكالاً من مختلف الألوان على الصور التي تحمل نفس الشكل واللون، ويعتبر هذا نوع من التمييز بين الأشكال والألوان، وطريقة التعليم في هذا المجال تقوم على تعليم الأطفال أن يميزوا بين الأشكال، والألوان، والأحجام، والاتجاه، وموضع الشياء، ثم قامت بتطوير التمييز والتعميم خطوة أبعد عن طريق ملاحظة الأشياء والأحداث في بيئتهم الطبيعية، مثل التمييز بين مختلف الألوان في السماء، والمقارنة بين السحب المختلفة، والأشجار، والأشياء الأخرى في بيئتهم، ويمكن أن يتم ذلك عن طريق تنظيم الأطفال في مجموعات للسفر في بيئتهم، كذلك يفضل استخدام تدريبات المزاوجة بين الأشياء، مثل إيجاد شكل معين من أوراق الأشجار، ويطلب من الأطفال أن يحضروا أوراقاً أخرى تمثل نفس الشكل.

كذلك أعطت (دسيدرس) اهتماماً بالغاً لحاسة السمع، ويشبه اتجاهها في هذا الصدد ما هو معروف اليوم بـ " التدريب السمعي " وعلى الرغم من أن تدريباتها كانت شكلية إلى حد كبير، إلا أن كثيراً من الألعاب التي استخدمتها كانت تلقى اهتماماً من الأطفال، فقد كانت تستخدم أشياء مختلفة للتمييز بين الأصوات مثل الجرس، والصفارة، والمفتاح، والزجاج، والنقود، وغير ذلك من الألعاب التي استخدمتها في العمل على تنمية الانتباه وحاسة السمع.

كذلك أكدت (دسيدرس) على حاسة اللمس والحاسة العضلية، لأنها تعتقد أن الأطفال الصغار يتعلمون بطريقة أفضل عن طرق حاسة اللمس منه عن طريق حاسة البصر.

وهكذا فإن التدريب الحسي خلال الألعاب والتمرينات والمناشط الطبيعية، يكون أساساً هاماً في برنامج تربية الطفل المتخلف عقلياً الذي يعاني نقصاً في إدراكه الحسي وفي الانتباه، وفقاً لرأي (دسيدرس).

التربية البدنية:

كذلك أكدت (دسيدرس) في المنهج الذي وضعته لتربية هذه الفئة من الأطفال أهمية التربية البدنية للأطفال المعوقين عقلياً، لأن هؤلاء الأطفال ليسوا معوقين عقلياً فحسب، ولكن أيضاً معوقين جسمياً، وهي تعتقد أن التربية البدنية مهمة جداً للأسباب التالية:

1. إن التربية البدنية " توجه النمو المتسق للجسم "، وهي مهمة بالنسبة للمعوقين عقلياً لتنمية جسماً ملائماً عن طريق التدريب الجسمي.
2. إن حركة الجسم تعد عاملاً هاماً في نمو العقل، وهذه الفكرة تشبه اتجاه سيجان في تدريب الأطفال المعوقين عقلياً.
3. إن التربية البدنية تساعد على تنمية التناسق الحركي أو القدرة الحركية.
4. إن التربية البدنية تساع على تنمية الخلق، إذ إنها تنمي القدرة على " الحكم والإرادة "، وكذلك القدرة على التحمل والاتصال بالآخرين والتفاعل الاجتماعي والثقة بالنفس.
5. إنها تعمل على تنمية الثقة بالنفس، إذ يأتي الطفل إلى المدرسة وهو مشحون بمخاوف متعددة متصلة بالصعود على السلالم، أو الجري، أو غير ذلك من أنواع النشاط البدني، وتكون مهمة برامج الرتبية البدينة تخفيف حدة هذه المخاوف أو القضاء عليها.
6. إنها تعود الطفل كيف يعتمد على نفسه في موالوة نشاطه اليومي المعتاد، كالغسيل، والأكل، واللبس وغير ذلك.
7. إنها تساعد الطفل في اعماله المدرسية، طالما أن بعض هذه الأعمال يتضمن العمل اليدوي، والرسم، والكتابة.

وقد قامت (دسيدرس) – بجوار هذا العرض لألوان النشاط الخاصة بالتربية المدنية – بتخصيص جزء صغير عن التدريب الطبيعي، الذي يتضمن الترويح، والألعاب، والمشي، والرحلات، والنواحي العملية، وفلاحة البساتين، وغير ذلك من

الوان النشاط البدني الأخرى، ويتخذ الجزء الأكبر من التربية البدنية للأطفال المعوقين عقلياً طابعاً شكلياً، متضمناً التمرينات الصوتية الإيقاعية، والمشي على خطوات منتظمة عند إعطائهم إشارات معينة، بل إن (دسيدرس) استخدمت أيضاً جهاز قياس القوة (الديناموميتر) في التربية البدنية.

العمل اليدوي:

إن الغايات التي كانت تهدف إليها منه تشبه تلك التي تتضمنها التربية البدنية، وهي تشمل التمرين على الانتباه، وتنمية الميول، وقوة الإرادة، والثقة بالنفس، ولاقدرة على التصور البصري، والقدرة على التعبير عن الأفكار، وتكلمة عمل من الأعمال والتبصر بنتيجته.

ويتضمن العمل اليدوي إجراء التصميمات، والأعمال اليومية العادية، وعمل أشكال مختلفة من الورق أو علب الكبريت أو الكرتون، أما الأطفال الكبار فيتمرنون على مهارات البرودريه، والخياطة، واشغال الإبرة، والأسلاك، والنماذج، والنجارة، والمعادن.

الفن:

اعتبرت (دسيدرس) الرسم شكل من الكلام، فهي تقول: " إن الرسم في بعض الحيان هو الطريقة الرئيسية التي يستطيع بها الطفل أن يعبر عن أفكاره ".

ولقد اعتبرته وسيلة ناجحة في التعبير عن النفس وطريقة مجدية في التدريب على التناسق بين العين واليد، ولقد استطاعت عن طريق بصيرتها السيكولوجية النافذة أن تفسر رسوم هذه الفئة من الأطفال، كما عمدت إلى أن تقوي الارتباط بين الرسم والكتابة والمفاهيم ونمو القدرة على الإدراك المكاني والتنظيم.

الدروس العملية:

ولقد أوضحت أنه يجب أن تظل كثير من ألوان النشاط داخل حجرة الدراسة حية ومحسوسة ومتفقة مع مستوى فهم الأطفال وإدراكهم، وهي تنادي بضرورة أن تشتق المعلومات من خبرة الطفل الخاصة، وهي بذلك تتفق مع ما يذهب إليه المربون المحدثون، وتقرر أبعد من ذلك أنه يجب أن تقابل تربية الأطفال المعوقين عقلياً حاجاتهم الواقعية، كذلك تتفق مع رأي " سيجان " حين قال: "إننا يجب ألا نعلم للأطفال شيئاً دال المدرسة ما داموا يستطيعون الحصول عليه من خارجها" أو "لا نعلمهم أشياء جامدة ما دام في استطاعتنا أن ننمي ملاحظاتهم على تلك الأشياء التي تنبض بالحياة". وتتضمن الدروس العملية استخدام الأشياء وإتاحة الفرص لألوان النشاط المختلفة التي تنمي خبرات الطفل، على أن يحول هذا النشاط إلى مشاريع يتعلم عن طريقها الطفلُ الكتابة، والأعداد، والقراءة، وغير ذلك، وفي الواقع إن الدروس العملية تشبه ما نادى به (إنجرام) وآخرين عن "وحدات الخبرة ".

الكلام:

ضمنت (دسيدروس) ضرورة العمل على تنمية الكلام لدى الأطفال المعوقين عقلياً كجزء من البرنامج التربوي، فالأطفال المعوقون عقلياً يعانون من قصور في الكلام، إما بسبب ضعف السمع، أو نقص القدرة على الفهم، أ، بسبب بعض العادات السيئة، أو العيوب المرضية في أوتار الكلام، ولذلك يجب الاهتمام بالتدريب الكلامي للأطفال المعوقين عقلياً، كعامل أساسي في المنهج أولاً، وربطه بتدريس الموضوعات الأخرى ثانياً.

القراءة والهجاء والرياضيات:

وقد دعت إلى تعليم القراءة والهجاء والرياضيات لكل من يستطيع أن يتعلمها، وهي لا تحبذ – كغيرها من الكثير من المربين المحدثين – التعليم المبكر للقراءة، فتقرر " أن هناك حالات نكسب فيها الوقت حينما نؤخره، فعن طريق تدريب الطفل علاى الانتباه، والامحظة، واستخدام الحوسا، فإن تقدم الطفل يكون مؤكداً وهذا عكس ما قد يلجأ إليه البعض من إجبار الطفل على تعلم أشياء لا يستطيع أن يتمثلها، لأنه لم ينضج بعد نضجاً يؤهله لتعلمها – وكم هي شاقة تلك العملية لكل من الطفل والمدرس – .

وقد عملت على تدرسي كل هذه النواحي عن طريق الألعاب وممارسة أنواعاً مختلفة من النشاط، وقدمت تحليلاً وافياً عن الوظائف السيكولوجية المتضمنة في القراءة، والهجاء، والرياضيات، والطريقة المنظمة لتنمية هذه المهارات التربوية، وهذه الطريقة تشبه طريقة دكرول، إن هذا الاتجاه هو الطريقة الطبيعية التي بها يتعلم الطفل الكلمة أو الجملة أولاً، لأنها تمثل أبسط الطرق، ثم تأتي الخطوة الثانية وهي تعليمه بالطريقة الصوتية، أو الطريقة الجزئية (الطريقة التحليلية).

ولاقى تعليم الرياضيات لهذه الفئة من الأطفال تقدماً على يد (دسيدرس)، ففي الألعاب وألوان النشاط المختلفة استخدمت الأشياء المحسوسة أولاً لتنمية مفهوم الأعداد عن طريق الحواس المختلفة، وبعد ذلك يمكن تعليمهم رموز الأعداد وأسمائها، ومعنى ذلك أن تعليم الرياضيات هو خطوة لاحقة لتدريبهم على الانتباه والإدراك الحسي، وابتكرت (دسيدرس) بعض الألعاب التي أضيفت إلى تلك المجموعات من الألعاب التي وضعها دكرولي، فعملت على ربط الرياضيات بالعمل اليدوي، والرسم، والإيقاع، والتربية البدنية كلما أمكن ذلك.

ويلاحظ من هذا الوصف المختصر للطريقة العملية التي اتبعتها (دسيدرس) في تعليم هذه الفئة من الأطفال وللأهداف التي وضعتها، أنها قد اقتبست بدرجة كبيرة من سيجان، وبينيه، وعلى الأخص دكرولي، كما نادت وطبقت كثير من النظريات التربوية الحديثة، وفي الواقع أن أعظم ما قدمته وأسهمت به في تعليم هذه الفئة من الأطفال هو الإيضاحات السيكولوجية الحاذقة عن الصعوبات التي يلاقيها هؤلاء الأطفال في التعلم، والألعاب وألوان النشاط التي ابتكرتها لتستخدم رغبات الطفل وخبراته في تطوير العملية التربوية، ومما لا شك فيه أننا نجد في النظام الذي وضعته دسيورس خليطاً من التدريبات الشكلية والفلسفة الحديثة في التربية عن طريق الخبرة.

(4 – 20) وحدة الخبرة:

شهدت التربية تطوراً في طرق التعليم عن طريق النشاط، وقد أطلق المربون التقدميون والمؤيديون لفلسفة جون ديوي أسماء عدة على هذه الحركة، فسميت الطريقة بالمشروع، أو الوحدة، أو الربط، أو الخبرة، فهؤلاء المربون يعتقدون أن الأطفال يتعلمون عن طريق العمل، وأن المادة الدراسية من الممكن تعليمها بطريقة أكثر فاعلية إذا ارتبطت بمجالات اهتماماتهم أو بوحدات عمل يميلون إليها حسب مستويات أعمارهم، فالقراءة، ولكتابة، والرياضيات، والجغرافيا، والتاريخ، والتربية الوطنية، وغير ذلك من مواد الدراسة يمكن ربطها في نشاط واحد يشترك فيه الأطفال.

ويقول والين (1992)[1] "إنه يجب أن يكون هناك استخداماً هائلاً لطريقة التركيز أو الربط أو المشكلات أو المشروعات، ويرى أن لطريقة المشروع مزايا عديدة عن طريقة التدريب الشكلي في مجالات محددة، ويجب أن تستخدم في الفصول الخاصة".

---

(1) Wallin, J. E. Wallace, The Education of Handicapped Children. Boston; Houghton Mifflin Co., 2001.

أما (انجرام)[1] فيؤيد طريقة الوحدة للتعليم في الفصل الخاص بهذه الفئة من الأطفال، وخصص خمسة صفوف من بين ثمانية عشر فصلاً ليستعرض وحدات العمل وطرق اختيارها، وإجراءات تنفيذها، واقترح في شيء من التفصيل وحدات عمل بالنسبة لمختلف المستويات العمرية.

ويقول إنجرام إنه لكي تصبح المشروعات التربوية حية ومرتبطة ارتباطاً مباشراً بحاجات الحياة، فمن الضروري أن تنظم حجرة الدراسة بطريقة تجعل الوحدات أو مراكز الميل مسيطرة على نشاط الطفل في الصف ويضع قائمة بعدة أسس عن وحدات حية للعمل، كما يلي:

1. يجب أن تنبع وحدات العمل من المواقف الواقعية للحياة عند الأطفال، وأن تنبع من ميولهم المباشرة.
2. أن يعتمد اختيار الوحدة على مستوى نمو الطفل في النشاط العقلي، والاجتماعي، والجسمي، فالأطفال من مختلف الأعمار يميلون إلى ألوان مختلفة من النشاط.
3. يجب أن تسمح الوحدة بنمو الفرد كفرد وبإتاحة الفرصة للنشاط الجمعي في المشاركة والتعاون، وفي معظم الوحدات يستطيع الطفل أن يستفيد من بعض نواحيها معتمداً في ذلك على ميوله واستعداداته.
4. يجب أن تتيح الوحدة الفرصة لنمو العادات الأساسية والاتجاهات، التي تتضمن المعلومات والمهارات اللازمة للمشاركة الاجتماعية.
5. إن الوحدة التي تحسن اختيارها هي التي تنمي الاهتمامات خارج نشاط المدرسة، لأن تلك التي تتخطى حجرة الدراسة إلى المنزل والمجتمع هي أفضل من تلك التي تعيش مقبورة داخل حجرات المدرسة.

---

(1) Ingram, Christine P., Education of the slow – learing child. Yonkers, World Book Company, 2003.

6. إن الوحدة الجيدة ينبغي أن تتضمن النشاط الذي يستخدم مواد الدراسة، فتعليم القراءة، ولكتابة، والحساب لا بد ان يرتبط بالوحدة كلما أمكن ذلك.
7. كذلك من خصائص الوحدة الجيدة أنها تزود الأطفال بأنواع من الخبرات.

ويقدم (إنجرام) وصفاً تفصيلياً لوحدات متعددة الأنواع يمكن أن تستخدم في الفصول الخاصة بالأطفال المعوقين عقلياً، ويوضح كيفية تنفيذ هذه الوحدات، ثم يشير إلى أن المهارات والاتجاهات والمواد الدراسية من الممكن تنميتها عن طريق وحدات الخبرة، وفي هذا يقول: "إن الخبرات المتضمنة في الوحدة ينبغي أن تنظم بحيث تنمي المعارف والمهارات عن طريق المواد المستخدمة كأدوات للوصول إلى هذه الغاية".

وقد اهتم مكتب الولايات المتحدة لشؤون التربية برياسة (أليس مارتنز) فأخرج سلسلة من الوحدات ثبت نجاحها حين جريت على الأطفال المتأخرين، وتتضمن وحدات عن المنزل، والسوق، والغابة، والكتب وصناعتها، وطعام الأولاد، العناية بالطفل، تجميل حجرة الدراسة، أوركسترا العرائس، كيف نراسل، النقود، متحف التاريخ الطبيعي، دراسة بعض النباتات كالقطن والأشجار...

منهج المواد الدراسية للأطفال المعوقين عقلياً:

هناك حيققة هامة يجب أن نشير إليها، وهي أن معظم الأطفال المعوقين عقلياً لم يتعلموا وفق نظام الوحدة التي قام بتدريسها مدرسون ممن تلقوا تدريباً في التربية للمرحلة الأولى، وعملوا على تبسيط المواد الدراسية وتدريسها حسب الطريقة التقليدية، ولكن معظم المتخصصين في تربية الأطفال المعوقين عقلياً قد أعرضوا عن هذه الطريقة.

وقد قدمت (إنسكيب) منهجاً وصفت فيه المنهج التقليدي المعدل لتربية الأطفال المعوقين عقلياً وبطيء التعلم، وقد قسمت كتابها [1] إلى فصول في القراءة، واللغة، والهجاء، والحساب، وغير ذلك من موضوعات منهج المدرسة الابتدائية، كما خصصت فصول أخرى للألعاب وألوان النشاط الترويجي للأطفال المعوقين عقلياً التي كثيراً ما كان يهملها واضعوا منهج المرحلة الأولى.

وقد وضع (دنكان) حديثاً برنامجاً أو منهجاً لتربية الأطفال المعوقين عقلياً في إنجلترا، والذي يختلف بدرجة واضحة عن كل ما وضع في هذا الصدد، وقد انتقد نظام الوحدة أو المشروع كما وضعها (إنجرام) أو (دسيدرس) حتى قال إنه ممتلئ بالعيوب التي لا نصادفها في المواد الدراسية مثلاً وأن التمارين التي يتضمنها تعترضها عدة صعوبات، والعمل سوف يصبح أغلبه مكرراً، له طابعاً آلياً حتى أنه لا يستدعي إلا أقل مجهود عقلي، كذلك فإن ارتباط التمارين بالمشروع ما هو إلا ارتباط صناعي، أو قد لا يكون هناك ثمة ارتباط على الإطلاق.

ويعتقد (دنكان) أن المعالم المميزة لطريقة المشروع، من الممكن تجسيمها في طريقة المواد الدراسية للحصول على نتائج أفضل.

ولكي نفهم الفروض التي وضعها (دنكان) والمنهج الذي نادى به، فيجب أن نفهم النظرية التي شكل على أسهاسا فلسفته التربوية، فلقد اقتبس آراء (سبيرمان) الأستاذ بجامعة لندن، والذي قرر أن الذكاء يتكون من عاملين، عامل الذكاء العام (g) وعامل الذكاء النوعي (s)، وقد تبعه (ألكسندر) الذي نادى بوجود عامل الذكاء الحسي وعرفه بأنه القدرة على معالجة الأشياء، والذكاء المجرد، الذي يقاس عادة باختبارات الذكاء اللفظية، ويعتقد (دنكان) أن الذكاء العام (g) للأطفال المعوقين عقلياً يمكن قياسه عن طريق اختبار استانفودر – بينيه، الذي كان يستخدم في قياس عامل الذكاء المجرد، أما لاذكاء الحسي فيقاس عادة باختبارات الذكاء العملية.

(1) Inskeep, Annie D., Teaching dull and retarted children. New York: The Macmillan Go, 2000.

وقد طبق (دنكان) مقياس استانفورد بينيه المعدل على مجموعة من الأطفال في مدرسة (لانكل بمدينة هامبشير بإنجلترا) فتراوحت نسبة الذكاء ما بين 54 – 76، أي بمتوسط 66، وحينما طبق على هذه المجموعة اختبارات الأداء لإلسكندر، التي تقيس الذكاء الحسي، تراوحت نسبة لاذكاء ما بين 67 – 119، أي بمتوسط 96.

ويستنتج (دنكان) من هذا أنه يبدو أن كل الأطفال المعوقين عقلياً لديهم ذكاء أفضل في الناحية الحسية – وهو القدرة على معالجة الأشياء – عنه في الناحية المجردة التي تعتمد على الذكاء اللفظي، ولذلك جعل منهجه يتضمن تمرينات على أشياء يستطيع الطفل مسكها، أو لامحظتها، أو لمسها أو الاستماع إليها، وليس منهجاً تقليدياً يعتمد على الألفاظ المجردة، ومع ذلك فإن استعمال الأيدي بمفردها ليس كافياً، فيجب أن تخطط الألعاب وألوان النشاط بحيث يمكن تنمية قدرة هؤلاء الأطفال على إدراك العلاقات، وإثارة التفكير.

ويشرح (دنكان) الموضوعات التي تعلمها الأطفال في المدرسة التي اختبر فيها هذه المجموعة نم الأطفال، وتتضمن الأعمال اليديوة والأشغال الفنية بالروق أو اللوحات أو النجارة أو أشغال الإبرة، والموضوعات المنزلية كالطبخ أو الغسيل، والتربية البدينة، وفلاحة البساتين، وكذلك بعض الموماد كاللغة الإنجليزية والحساب والجغرافيا والحساب، وتتفق ههذ المجموعة من المواد الدراسية مع منهج المدرسة العادية، إلا أنها تؤكد بدرجة أكبر على مجالات النشاط اليديو والحركي.

ويوضح (دنكان) وجهة نظره في هذا الصدد، بأن الطفل ينبغي أن يكون هو محور الاهتمام، وليست الموضوعات في حد ذاتها، ومن ثم يجب أن تختار هذه الموضوعات بحيث تتفق مع قدرات الأطفال، فمثلاً الأعمال اليدوية والأشغال الفنية لها وظيفة تربوية، " إنها وسائل لإثارة الفكر حتى ينشط لحل المشكلات الحسية الملموسة، ويمر بخطوات تعوده على طريقة التفكير المنظم".

إن الخطوة الأولى في درس الأعمال اليدوية والأشغال الفنية تكون عن استخدام الورق واللوحات، ولذلك قام بعمل مجموعة نم التمارين المتدرجة الصعوبة، وكان الهدف منها إعطاء الأطفال فرصة للتفكير، والبحث عن الأسباب، واستنتاج العلاقات، كما يمكن تحقيق الكثير من الأهداف التربوية عن طريق ممارستهم لأعمال النجارة وأشغال الإبرة... إلخ

ويرى (دنكان) أن "الأطفال يجب أن تتاح لهم الحرية الكافية في التعبير عن آرائهم، ولكن يجب أن يتعلموا استخدام الأدوات بطريقة صحيحة وأن يكون قيامهم بأعمالهم محققاً لأحسن النتائج وأكثرها إشباعاً لنزعاتهم.

ويقرر أن مستوى أطفاله في اللغة والحساب أعلى من مستوى أطفال (بينيه) الذين في مثل سنهم الزمني، وسبب التفوق ليس راجعاً إلى تفوق في طريقة التدريس، ولكن إلى انتقال أثر التدريب من أنواع النشاط المنظمة إلى العلوم الأخيرى.

وفي ضوء ما سبق، نستطيع أن نستخلص الخطوط العريضة في الطريقة التي اتبعها (دنكان) في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً:

1. إن المواد الدراسية التي تضمنها منهجه ليست هي مواد المنهج التقليدية، وإنما هي موضوعات عملية مثل أشغال الخشب والإبرة والأعمال المنزلية.
2. إن الفكرة التي طبقتها في تعليم هذه الفئة منالأطفال بحيث نتتقلون من خطوة لأخرى مع تنوع في الموضوعات، قد أتت بأحسن النتائج فهي قد ساعدت على تنمية القرة لديهم على إدراك العلاقات وكذلك على تنمية قدراتهم العقلية، هذا بالإضافة إلى أنها قد ساعدت على انتقال أثر التعليم إلى نواحي أخرى.

(4 – 21) إعداد الأطفال المعوقين عقلياً للمهن المختلفة:

في السنوات القليلة الماضية ظهر الاهتمام واضحاً نحو العمل على إعداد الأطفا لالمعوقين عقلياً لبعض المهن التي تتفق وإمكانياتهم وقدراتهم، وقد تضمن هذا الاتجاه العمل على إعداد البرامج المختلفة التي يمكن عن طريقها مواءمة هلاؤء الأطافل مع نوع العمل الذيي وافقهم وما دام هؤلاء الأطفال غير متفوقون في النواحي الأكاديمية كالقراءة والكتابة والرياضيات والجغرافيا والتراريخ، فإن أحسن برنامج لهم هو إلحاقهم في صفوف تعدهم للنواحي العملية والمهنية، بل إنهم قد ألحقوا في دكاكين خاصة ببعض الحرف والصناعات اليدوية.

ولقد أوضح المسح الذي قامت به (شاننج) أن الأطفال المعوقين عقلياً في سن البلوغ لم يكونوا مهرة بدرجة كافية في الأعمال التي التحقوا بها ن وذلك لافتقارهم إلى التدريب، ونصحت بضرورة أن يتعلموا عادات واتجاهات العمل الذي سوف يمارسونه في المستقبل.

بل إن بعض المدارس الخاص بالأطفال المعوقين عقلياً قد اهتمت بضرورة إعداد هذه الفئة من الأطفال للأعمال الملائمة لهم، ولذلد أعدت قائمة بالأعمال التي تناسبهم، ثم بنوا نشاطهم ومروعاتهم على هذا الأساس.

ويرى (هنجرفورد) Hungerford – وهو مدير مكتب خدمة الأطفال المعوقين عقلياً في مدينة نيويورك – "أن الغرض من برنامج تربية هذه الفئة منالأطفال هو أن يصلوا إلى درجة من التكيف الاجتماعي والمهني حتى يقتربوا من الأطفال العاديين".

ويقوم هذا البرنامج على أساس إتاحة الفرصة للطفل المعوق عقلياً بدرجة تسمح بإنماء قدراته حتى يستطيع الاعتماد على نفسه بدرجة كبيرة، فضلاً عن أن التعليم يزوده بالمهارات المهينة والاجتماعية، والأمر الذي يحقق له توافقاً مهنياً واجتماعياً.

ويسير برنامج إعداد الأطفال المعوقين عقلياً للمهن المختلفة في خمس خطوات:

1. التعريف بالعمل: فيزود الأطفال بقدر من المعلومات عن المهن والتحليل المهني، ومدى أهمية تلك المهن للفرد والمجتمع.
2. التوجيه والإرشاد: وهو أن يوجه الطفل إلى بعض الأعمال التي تتفق مع استعداداته وقدراته مع كشف الأعمال الأخرى المساعدة له في مجال عمله.
3. التدريب المهني: فيدرب الطفل على المهارات اليدوية الخاصة بالعمل الذي وجه إليه، والمهارات الأخرى المصاحبة لها والتي تفيده في العمل، فضلاً عما يكتسبه من العادات والاتجاهات الضرورية لنجاحه في عمله.
4. مساعدة الطفل في إيجاد عمل له.
5. مساعدة الطفل على المواءمة مع العمل الذي يحصل عليه، وأن يصل إلى درجة طيبة من التكيف الشخصي والاجتماعي.

ويرى (ريتشارد هنجر فورد) أن المدرسين مسؤولون عن الخطوات الثلاث الأولى، أما الخطوتان الأخيرتان فيقع العبء بخصوصهما على " مكتب خدمة الأطفال المعوقين عقلياً في الولايات المتحدة " وغيره من الوكالات الاجتماعية الأخرى.

وحتى تتحقق أغراض التأهيل المهني، قامت "جميعة نيويورك" – والتي تهتم بتربية الأطفال المعوقين عقلياً ومساعدتهم على أن يشقوا طريقهم في الحياة – بوضع برنامج حول هذا الموضوع على النحو التالي:

- الفصل الأول: عن البيت المناسب، ويدرسه الأطفال من سن 7 – 9 سنوات.
- الفصل الثاني: عن الجيرة ويدرسه الأطفال في سن عشر سنوات.
- الفصل الثالث: عن المدرسة، ويدرسه الأطفال في سن 11 سنة.
- الفصل الرابع: عن المدينة ويدرسه الأطفال في سن 12 سنة.
- الفصل الخامس: عن العمل ومجالاته، ويدرسه الأطفال في سن 13 سنة.

- الفصل السادس: عن طريق اختيار العمل المناسب ولاحصول عليه والاحتفاظ به، ويدرسه الأطفال في سن 14 سنة.
- الفصل السابع: عن طرق استخدام النقود وأهميتها، ويدرسه الأطفال في سن 15 سنة.
- الفصل الثامن: عن العامل كمواطن اجتماعي، ويدرسه الأطفال في سن 16، 17سنة.

ولقد أثبتت الدراسات أن هناك من 60 – 80٪ منا لعمال من يفقدون عملهم بسبب نقص برامج التدريب والإعداد المهني ولذلك يجب أن يتضمن برنامج التأهيل المهني أيضاً مساعدتهم على تحقيق صحة نفسية سوية، وعدم السهو الإهمال، والعناية بالمظهر، والعادات السليمة في العمل التي تساعدهم على تجنب الحوادث، وتكوين علاقات طيبة مع زملاء العمل، وتوجيههم إلى أفضل وسائل العمل على تحقيق الساعادة في الحياة، وكيف يكونوا مواطنين متجاوبين مع المجتمع.

ويلاحظ أن هذا البرنامج لم يهمل القراءة والكتابة والرياضيات باعتبارها أساسيات التعليم.

وفي الواقع أن كل هذا ما هو إلا محاولة لتنظيم برنامج خاص بالأطفال المعوقين عقلياً يتفق مع قدراتهم وميولهم، ويساعد على تحقيق المواءمة المهنية والكفاية الاجتماعية لدى هذه الفئة من الأطفال.

تعليم الأطفال المعوقين عقلياً نتيجة الإصابة في المخ:

ظهرت دراسات قليلة جداً عن تلك الفئات الخاصة من الأطفال المعوقين عقلياً، نتيجة الإصابة في المخ Brain Injured والأطفال المنغوليين، ويعتبر الكتاب الذي أصدره (ستروسيس، ولهتن Strausses and Lehtinen) عن تربية هذه الفئة من الأطفال المعوقين عقلياً من أهم ما كتب في هذا الموضوع.

يقول (ستروسيس): "إذا أصيب الطفل في دماغه قبل أو أثناء الولادة، أو كان مريضاً بحمى مخية، فإنه نتيجة لهذا التعطيل العضوي تختل وظائف الجهاز العصبي المركزي، ومن ثم يضطرب الإدراك والتفكير والسلوك الانفعالي وغير ذلك".

وقد حاول (ستروسيس) أن يمدنا بعدة طرق لتعليم مثل هؤلاء الأطفال، وهو يعتقد أن أي تلف في الجبهة الأمامية من الدماغ (Telencephalon) أو تلف في القشرة أو الجبهة الخلفية، أو الغدة النخامية، من شأنه أن يؤدي إلى اضطرابات خطيرة في الوظائف النفسية، تفحدث الحركات اللاإرادية، الغير معبرة، والمعروف أن الغدة النخامية تنظم كل انفعالاتنا وإشاراتنا وحركاتنا وتتحكم فيها إلى حد ما، فهي مسؤولة عن انفعالات الغضب والخوف والعدوان والانسحبا، كما أنها تسيطر على قوة الضبط والتحكم اثناء فترة النمو، وإن أي إصابة في الدماغ تقلل من تلك السيطرة فتصبح الغدة غير مراقبة ترحكها نزعات همجية، وتؤيد (كاهن) Kahin ذلك، بأن أي إصابة في المخ أو الغدة النخامية لا تحدث اضطراباً وخللاً في القدرات الحركية فحسب، بل تؤدي كذلك إلى انحرافات في سلوك الفرد في نواحي الانفعال والإدراك والتذكر.

فمن ناحية الاختلالات الإدراكية، لوحظ أن هؤلاء الأطفال تثيرهم التفاصيل والتفاهات أكثر من الناحية الكلية للمضوع، وفي اختبار أجري عن الصور كان الطفل يتهم بالزوار، والإبزيم، أكثر من فهمه للمعنى الكلي للصورة، ومن هنا تبدو مشكلة تعليميهم الكتاب والحاسب، وقد تبين نتيجة تطبيق بعض الاختبارات عليهم مدى الانحلال الذي أصابهم في نواحي الإدراك الحسي، بل إن هذا الاضطراب قد امتدت آثاره إلى مجال السمع أو البصر.

ولوحظ كذلك على هلاءؤ الأطفال، البلادة لاذهنية، فالطفل يكرر باستمررا ما كتبه، فهو يكرر مثلاً الحرف أو الكلمة حين يستعصي عليه أن يتم الجملة، وفي السحاب يكرر الأعداد، كما يبو واضحاً ضاطراب التفكير عندهم، وهذا

يظهر جلياً في افتقادهم للقدرة الاستدلالية، وقد أوضحت اختبارات (ستروسيس) الاستجابات التالية بسبب عدم اكتمال عمليات التفكير عندهم:

1. الطفل يرتب الأشياء حسب الشكل أو اللون.
2. الطفل يرتب الأشياء حسب تفاصيل تافهة.
3. يضل الطفل عن العلاقة الوظيفية بين الأشياء.
4. يرتب الأشياء حسب علاقات فرضية أو تخيلية يهيئها له تفكيره المختل.

وعند التحليل الكيفي لاستجابات الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، فطن (ستروسيس) إلى مجموعة من العوامل الفعالة المسببة لتلك الاستجابات، فهم يميلون إلى وضع الشياء في نظام على شكل نصف دائرة دون أن يكون هناك ثمة إدراك للعلاقات التي تربط بينها، ثم السهولة والمرونة في الانتقال بتفكيرهم من نقطة إلى أخرى.

أما (جولدشتين) فقد وصفهم " بعدم الحرص على النظام أو الدقة أو السلوك العادي والاهتمام بالتفاصيل غير جوهرية، إنهم يندفعون أمام العربات، ويقفزون من أماكن عالية خطيرة، ويتسلقون الأشجار، ويميلون لإيذاء الأطفال، ولا يستطيعون ضبط أنفسهم.

الخلاصة:

تتلخص طرق تعليم هذه الأطفال المعوقين عقلياً على النحو التالي:

1. أن يلائم التعليم بطيئي التفهم من الأطفال.
2. جعل البرنامج عملياً أثر من نظرياً. وهذه أمثلة لما أكده علماء التربية الخاصة بضعاف العقول:

أ. ضرورة العمل على تدريب الحواس وتنميتها، وأن تكون طريقة تعليمهم عن طريق الحواس (دسيدرس).
ب. تبسيط منهج الدراسة العادية بحيث يتلائم مع إمكانيات الأطفال المعوقين عقلياً (إنسكيب).

3. الاهتمام بالواد العلمية في المدرسة مثل التدبير المنزلي، ولافلاحة، وأشغال الخشب، مع ربطها بالمواد الدراسية، حتى تكون طريقة التدريس أكثر فاعلية في تعليم هذه الفئة من الأطفال (دنكان).
4. ضرورة الاهتمام بإعدادهم مهنياً، وتوجيههم وإرشادهم وتدريبهم على العمل الذي يلائمهم، بواسطة برامج تعد لذلك الغرض (هنجر فورد).
5. استخدام طريقة وحدات الخبرة في تعليمهم (إنجرام).
6. اتباع طرق تربوية خاصة وعلاجية مع الأطفال المعوقين عقلياً نتيجة الإصابة في المخ (ستروسيدس).

(4 – 22) الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في ميدان المعوقين عقلياً:

إن رعاية المعوقين عقلياً لا تتصر على تقديم المعلومات الأولية في القراءة والكتابة والهجاء والمبادئ الأساسية في الحساب والمعلومات العامة التي لها وثيق الاتصال بحياتهم اليويمة، بل إنه بجانب هذا الهدف التعليمي، هناك هدف آخر لا يقل أهمية عن الهدف الأول، وهو: كيف نستطيع عن طريق التربية أن نعلم هؤلاء الأطفال (المواءمة الاجتماعية أو التوافق الاجتماعي)؟ ولا نقصد بالمواءمة أو التوافق هنا أن نخضع هؤلاء الأطفال للسلطة والنظام وتنفيذ الأوامر بطريقة آلية صرفة، بل المقصود بالمواءمة الاجتماعية في هذا المجال هو أن نوجد في هؤلاء الأطفال القدرة على التكيف للموقاف المختلفة بطريقة فيها استقلال، خالية من الإشراف والتوجيه، معتمدين فيها على أنفسهم.

ويتضمن هذا أننا نساعد الطفل على التوافق دون أ، يبذل مجهوداً كبيراً كما نعلمه الا تؤدى عملية التوافق الاجتماعي إلى تدخله في حياة الآخرين وألا تتعارض مع مصالحهم الخاصة.

إن مشكلة الطفل المعوق تعتبر مشكلة اجتماعية قبل أن تكون مشكلة تعليمية، ومن هنا نجد أن عبء إدراة فصل خاص بضعاف العقول يعتبر في حد ذاته

مشكلة صعبة، وهذا ما يدعونا إلى القول بأن مدرس التربية الخاصة يبذل مجهوداً أكبر في إدارة فصله عن مدرس الفصول العادية.

وسنتناول فيما يلي بعض مبادئ الصحة النفسية التي يجب مراعاتها في تربية هذه الفئة من الأطفال، واولتي تبصر الآباء والمربين بأفضل الطرق والسبل التي تساعد الطفل المعوق على أن يتكيف تكيفاً معقولاً، وقبل أن نعرض لهذه المبادئ، نتناول ديناميات شخصية الطفل المعوق عقلياً.

(4 – 23) شخصية الطفل المعوق عقلياً:

قبل أن نحدد السمات التي تتميز بها شخصية الطفل المعوق عقلياً، يحسن بنا أن نذكر في شيء من الإيجاز الحاجات الأساسية لهذا الطفل، لنرى إلى أي حد تحدد الظروف المحيطة به بالإضافة إلى قصوره الذاتي، هذه الشخصية:

أولاً: الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الانتماء:

على الرغم من أن هاتين الحاجتين لازمتين لكل الأطفال — العاديين وغير العاديين على حد سواء — إلا أن حاة الطفل المعوق عقلياً لهاتين الحادجتين تعتبر ضرورة نم الضروريات، وذلك لكثرة ما يتعرض له من مواقف إحباطية، وما يترتب عليها من مشاعر الفضل، فالطفل المعوق عقلياً يشعر دائماً بالخيبة عندما يعجز عن القيام بما يطلب منه من أعمال في المواقف الاجتماعية المختلفة، كل ذلك لا يجعله يشعر بأنه عضو مفيد في الجماعة التي يعيش فيها، ومما يزيد الطين بلة، أن الجماعة — بسبب قصوره وعجزه وكثرة فشله — تهمله، بل وقد يصل الأمر بها أن تسخر منه، وطبيعي أن كل هذه الاتجاهات تجعله يشعر بأنه ملخوق مهدد نفسياً واجتماعياً.

ثانياً: الحاجة إلى العمل والنجاح:

وهذه حاجة ثالثة يشعر الطفل المعوق عقلياً بالرغبة في إشباعها، ومن المعروف نفسياً أن الإنسان عندما يقوم بعمل ما ويستطيع إنداده، فإنه يشعر بالسعادة والرضا عن نفسه، إلا أن كل ما يحيط بالطفل المعوق – الآباء في الأسرة، والمدسرين في المدرسة، وزملاء اللعب والدراسة – لا يساعد على إشباع هذه الحاجة لديه، فالآباء يتوقعون منه أكثر مما يستطيع أن يفعله، وأصدقاؤه يتوقعون أن يفعل أشياء لا يستطيع أن يفعلها، كل هذا يؤدي إلى أنهم جيمعاً ينظرون إليه نظرة فيها تحقير له، وأنه أقل منهم شأناً، وهذا بدوره يجعل الطفل المعوق يشعر بأنه مهدد في حياته اليومية.

والنتيجة المنطقية لعدم إشباع هذه الحاجات الأساسية، أن يصبح الطفل المعوق عقلياً عاجز عن التكيف، ومن أهم مظاهر عدم تكيفه هذا، قيامه بألوان مختلفة من السلوك غير المقبول مثل:

أ. العدوان: ويأخذ هذا العدوان مظاهر شتى: الرغبة في العراك، والرغبة في السباب، والرغبة في شد زملائه وجذبهم.

ب. انحرافات سلوكية، تأخذ شكل آثام مثل الغش والسرقة.

ج. وفي حالات أخرى، يترتب عن فقدان شعور الطفل المعوق عقلياً بالأمن أنه ينسحب من المجتمع ويفضل العزلة.

د. يصدر عنه مظاهر سلوك تدل على عدم نضجه.

ويعتبر المظهران الأولان رد فعل لشعور الطفل بعدم الأمان، فيأخذ صورة تعويضية، فهو يعتدي لأنه لا يجد التقدير من الغير ولا يجد العطف منهم، أما المظهران الآخران (الانسحاب، والسلوك الطفلي) فهما وسيلتان يعبر بهما الطفل عن عجزة ونكوصه إلى مراحل طفلية سابقة، لعله يجد في هذا العجز وهذا النقص وسيلة يلفت بها النظر إليه كي يكتسب مزيد من الرعاية والعطف.

وفي ضوء هذا التحليل لشخصية الطفل المعوق عقلياً، وفي ضوء العوامل التي أدت إلى تكوينه النفسي، نرى أن رعاية الطفل المعوق يجب أن تقوم على أن نحقق له أكبر قدر ممكن من الشعور بالانتماء والشعور بالنجاح: كل ذلك يساعده على النمو النفسي في حدود إمكانياته، ومن هنا تبدو أهمية برامج الصحة النفسية في رعاية وتربية المعوقين عقلياً.

وسنذكر فيما يلي بعض مبادئ الصحة النفسية التي يجب مراعاتها في هذا الميدان، وهذه المبادئ ليست شيئاً مستقلاً، بل هي تتداخل تداخلاً كبيراً في العلاقات التي تتم بين المدرس والتلميذ، وفي النشاط الذي يقوم به التلاميذ، وفي توجيه الآباء والكبار في معاملة هذه الفئة من الأطفال:

1. ضرورة التخطيط الجيد لأنواع النشاط المختلفة التي تساعد على القضاء على السلوك غير المرغوب لدى هذه الفئة من الأطفال، وهنا يجب أن يضع المدرس سياسة يخطط على أساسها المناشط المختلفة بعناية، فمثلاً: كي يقضي المدرس على مشكلة تأخر التلاميذ عن الحضور في الموعد المحدد في الصباح، فإنه يستطيع أن يخطط برنامج العمل اليومي بالمدرسة بحيث يبدأ ببعض ألوان من النشاط الذي يثير اهتمام التلاميذ، ولا شك أن هذا يولد في نفوس هؤلاء الأطفال دافعاً قوياً على الحضور إلى المدرسة في وقت مبكر.

وعلى وجه العموم، فإن البرنمج ككل يجب أن ينظم بطريقة تساعد على أن يكون الطفل نشطاً في كل لامواقف التعليمية.

2. ضرورة العمل على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال وتشجيعهم على الاعتماد على أنفسهم، ولذلك يجب أن يكون درو المدرس كقائد ديمقراطي يعطي الفرصة لهؤلاء التلاميذ كي يتعودوا على ضبط سلوكهم وتنظيم تصرفاتهم في المواقف المختلفة، وأن يشتركوا في وضع برامج النشاط المختلفة التي تتلاءم مع ميولهم، كذلك يجب أن يسمح المدرس لهم بأن يحاولوا حل مشكلاتهم،

وفقاً لمستوى إمكانياتهم وقدراتهم، ومن المفيد في كل هذه الحالات تشجيعهم وسط الجماعة التي يعيشون فيها ويتفاعلون معها، على كل ما ينجحون في إنجازه من أعمال، فلا شك أن أسلوب التشجيع سيساعدهم على اضطراد النجاح في أعمال أخرى، كذلك فإن تعويد الطفل على الخضوع لأحكام الجماعة وقواعدها، من أهم الوسائل التي تساعد على حسن تكيفه مع جماعة زملائه، ودور المدرس هنا هو دور الصديق والموجه.

3. إن البرامجا لناجحة في تربية هذه الفئة من الأطفال لا بد أن تقوم على ميولهم وخبراتهم، وإذا وجد مدرس الفصل أن هؤلاء الأطفال تنقصهم الخبرات المختلفة التي تساعد على اضطراد تعليمهم، فإن عليه أنيتيح لهم المواقف وألوان النشاط المختلفة التي من شأنها أن تنمي خبراتهم، ولا شك أن تزويد هؤلاءؤ الأطفال بالفرص المختلفة التي تشعرهم بالنجاح فيما يمارسونه من نشاط ن تؤدي إلى تنمية الدافعية والميل فيهم.

4. يجب أن تكون المواد التعليمية التي تقدم لهؤلاء الأطفال سهلة، ذلك أن المواد الصعبة ولاتي تكون فوق مستوى الأطفال تؤدي إلى عدم انتباههم، كما تجعلهم ينفرون من المدرسة ومن العمل الدرسي.

هذا ويجب أن تكون المواد التعليمية التي تقدم للأطفال المعوقين عقلياً من النوع الذي يثير انتباههم، كما يجب أن تكون فترة العمل قصيرة، ذلك أن فترات العمل الطويلة يتجعلهم يشعرون بالملل.

5. يجب التنويع في طريقة العمل مع الأطفال، فالتغيير في مواد الدراسة في الدرس الواحد وسيلة مجدية (فمثلاً يمكن البدء بالحساب ثم يعقبه قراءة، ويعد ذلك أعمال يدوية أو نشاط يمارسونه وهكذا)، كذلك من الضروري التنويع في الطرق المستخدمة وفي النشاط الذي يقوم به الأطفال، كل ذلك من شأنه أن يزيد من اهتماماتهم، ويبعث فيهم دافعاً قوياً على الإقبال على الدروس العملية والنظرية وكل ما يمارسونه من عمل ونشاط.

6. العناية الفردية ضرورية في الفصول الخاصة بالأطفال المعوقين عقلياً، وهذا هو السبب في أن عدد الأطفال في الفصل الخاص يجب أن يكون محدوداً.
7. يجب على المدرس أن يؤكد المبدأ النفسي الذي ينادي بضرورة إشباع الحاجة إلى النجاح، ومن هنا يجب أن يكون العمل في الفصل عبارة عن سلسلة من الأعمال القصيرة التي يطلب من التلميذ إتمامها: على أن تكون هذه الأعمال في حدود إمكانياته، وهنا يصبح في مقدوره إتمامها بنجاح.
8. العبارات المشجعة هامة جداً، فهي تؤدي إلى شعور الطفل بالثقة في نفسه، كما تدفعه إلى العمل، ومن الصواب ألا يقتصر التشجيع على الأعمال المدرسية، بل يجب أن يتعداه إلى أي سلوك مقبول يقوم به الطفل، ومعنى ذلك أن المدرس يجب أن يعلق بألفاظ الاستحسان على أي سلوك مقبول، كما يجب أن يتغاضى عن أي سلوك غير مقبول.
9. يجب على المدرس أن يقلل من الكلام في الفصل، فلا يكثر من إعطاء التعليمات، ذلك أن هذا الأسلوب من شأنه أن يؤدي إلى عدم التفات الطفل إلى مدرسيه.
10. تجنب استعمال التهديدات، ذلك أن هذا الأسلوب يؤدي إلى السلوك غير المقبول، كما يخلق في الأطفال روح العداء.
11. يجب على المدرس تجنب الغضب وإظهار مشاعر الضيق من بعض التلاميذ، فأسلوب العقاب والتوبيخ والتأنيب ليس من مبادئ الصحة النفسية السوية.
12. تشجيع الأطفال المنطوين والخجولين، فكثير من الأطفال في الفصول الخاصة ينسحون من الجماعات وينطوون على أنفسهم بسبب خبرات الفشل المتكررة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وهنا تكون مهمة مدرس التربية الخاصة بالمتخلفين عقلياً، بأن يتيح لأمثال هؤلاء الأطفال الفرص والمواقف المختلفة التي يشعرون فيها بالنجاح، وتشجعهم على تكوين العلاقات مع الآخرين.

(4 – 24) تعليم القراءة والهجاء والكتابة للأطفال المعوقين عقلياً:

القراءة:

تعتبر القراءة أحد المهارات الأساسية التي يجب أن يتعلمها الأطفال المعوقون عقلياً في فصول التربية الخاصة، ونتيجة لهذا، وبسبب الصعوبة التي يلاقيها هؤلاء الأطفال في تعلم القراءة أصبحت هناك حاجة ماسة إلى وضع خطة منظمة يتبعها معلمو فصول التربية الخاصة في تعليم القراءة لهذه الفئة من الأطفال.

القدرة على القراءة لدى الأطفال المعوقين عقلياً:

يواجهنا منذ البداية السؤال التالي: "هل الأطفال المعوقين عقلياً يستطيعون تعليم القراءة؟ وإلى أي حد؟ ومن الطبيعي أن تتحدد الإجابة على هذا السؤال في ضوء التشخيص العميق لكل فطل معوق على حدة، ومع ذلك فغننا سنتطيع أن نذكر عدة تعميمات تتعلق بقدرة غالبية هذه الفئة من الأطفال على تعلم القراءة".

إن العمر العقلي للطفل كما يتضح من اختبارات لاذكاء اللفظية – مثل اختبار بينيه – يعطينا بعض الدلالات عن إمكانية الطفل المعوق عقلياً في تعلم القراءة، وتوضح دراسات (ميرل)[1] و(بينيت) وآخرون أن الأطفال المعوقين عقلياً بصفة عامة يظهرون قدقر على تعلم القراءة حينما يصلوا إلى مرحلة العمل العقلي التي نتوقع فيها أن يتعلموا القراءة، ومع أن العمر العقلي ليس دليل كاف على قدرة الطفل على تعلم القراءة إلا انه يعتبر أكثر العوامل أهمية، كما يمثل أفضل المقاييس المعروفة لتحديد المرحلة التي يستطيع فيها الطفل أن يتعلم القراءة، ومع ذلك فإن استخدام نسبة ذكاء الطفل وحدها لا توضح قدرة الطفل على تعلم

(1) Merrill, Maud A., 'on the relation of intelligence to achievement in case of mentally retarted children.' Comparative pay. Monographs, 2, No. 10 (Septemper, 2007) pp. 1 – 100.

القراءة أو توقع تعلمها في مرحلة معينة، فمثلاً الطفل الذي عمره الزمني ستة عشر عاماً ونسبة ذكائه (60)، فإنه سوف يتعلم القراءة على نحو أفضل من الطفل الذي عمره الزمني ست سنوات ونسبة ذكائه (110)، وعلى ذلك فمن الواضح أن نسبة الذكاء وحدها ليست مقياساً لتحديد المرحلة التي نتوقع فيها أن يتعلم الطفل القراءة.

وفيما يلي نقدم إرشادات وتوجيهات عامة كأساس يساعد المدرسين في معرفة القدرة التي نتوقعها من الأطفال المعوقين عقلياً على تعلم القراءة في مراحل النمو المختلفة:

1. الأطفال الذين يتراوح عمرهم الزمني بين 7 – 9 سنوات، وبين 4 – 6 سنوات عمر عقلي:

أ. لا يبدؤون تعلما لقراءة.

ب. يظهرون ميلاً نحو القراءة، والكتب، والصور، وغير ذلك.

ج. يجب أن يتلقوا برنامجاً في الاستعداد لتعلم القراءة.

2. الأطفال الذين يتراوح عمرهم الزمني بين 9 – 11 سنة، وبين 5.5 – 7 سنوات عمر عقلي:

أ. إذا لم يكن الاستعداد لتعلم القراءة كافياً لديهم، فجيب أنيتلقوا برنامجاً عميقاً في الاستعداد لتعلم القراءة، ويستخدم في هذا البرنامج طريقة القراءة من الصور، والرسوم، والنماذج، والأشياء، وغير ذلك.

ب. أما إذا تكون هذا الاستعداد، فيجب أن يبدؤوا تعلم قراءة بعض قصص من وحي خبراتهم، مع الاستعانة بما يعرض عليهم من صور ورسوم وغير ذلك.

ج. إن هؤلاء الأطفال يظهرون ميلاً واضحاً نوح رسوم الصور وتفسيرها، ونحو قراءة وكتابة قصص مستوحاة من هذه الصور.

د. يظهرون قدرة على عمل كتيبات تعبر عن القصص التي يحكونها والتي قرؤوها من الصور والرسوم المختلفة، أو تعبر عما مروا به من خبرات مباشرة حية في البيئة التي يعيشون فيها.

ه. يبدؤون تعلم القراءة في كتب القراءة التي توضع للمبتدئين، وفي الكتب المبسطة.

3. الأطفال الذين يتراوح عمرهم الزمني بين 11 – 13 سنة، وبين 7 – 9.5 سنة عمر عقلي:

أ. يجب أن يأخذوا مواد القراءة التي تدرس للأطفال فيما بين المرحلة الأولى والثالثة مع فهم كافٍ لها.

ب. يستطيعون تكوين كلمات وجمل داخل وحدات تفكيرية، تدخل على فهمهم لها.

ج. يجب مساعدتهم على تعلم طريقة التعرف على لاكلمات، وتنمية كلمات جديدة لديهم.

د. يظهرون ميلاً قوياً نحو قراءة الكتب المبسطة التي تدخل السرور إلى نفوسهم، ونحو قراءة الجرائد والمجلات والقصص التي تعبر عن رغبات الأطفال واهتماماتهم.

4. الأطفال الذين يتراوح عمرهم الزمني بين 13 – 16 سنة، وبين 8.5 – 11 سنة عمر عقلي:

أ. يجب أن يستخدموا القراءة في كثير من ألوان النشاط المتعددة، وأن يأخذوا مواد القراءة التي تدرس فيما بين الصف الثالث والخامس من المرحلة الأولى.

ب. أن يتعلموا كيفية استخدام " التيلفون " والمكتبة وقراءة الجرائد والخرائط.

ج. مساعدتهم على زيادة حصيلتهم اللغوية وعلى تعرفهم على كلمات جديدة.

د. أن يتعلموا كيف يعتمدوا على أنفسهم في القراءة في الكتب والجرائد والمجلات التي تبعث في نفوسهم سروراً والتي تزيد من حصيلة معلوماتهم.

ويقـرر (هـيج) و (كـيرك) أن هنـاك حـالات مـن الأطفـال المعـوقين عقليـاً يظهـرون تـأخيراً أقـل مـن قـدراتهم علـى تعلـم القـراءة، وهـم لـذلك يعتـبرون حـالات علاجيـة، فمـثلاً إذا كـان هنـاك طفـل معـوق عقليـاً عمـره العقلـي تسـع سـنوات ولم يتعلم بعد القراءة، فإنه يعتبر حالة علاجية، بالإضافة إلى كونه طفل معوق عقلياً، ولذلك يجب أن يعمل مدرسو التربية الخاصة بهذه الفئة من الأطفال على دراسة أسباب هذا التأخر، وتزويدهم بالخبرات التي تؤهلهم لتلعم القراءة.

الفصل الخامس

مبادئ تعليم القراءة

الفصل الخامس
مبادئ تعليم القراءة

(5 – 1) مبادئ تعليم القراءة:

إذا كان الأطفال المعوقون عقلياً قادرين على تعلما لقراءة بنفس الطريقة وبنفس المعدس الذي به يتعلم الأطفال العاديين، فإنه لا يتكون هناك ثمة ضرورة لتخطيط برنامج في القراءة لهم، إلا أن الأطفال المعوقين عقلياً تظره لديهم فروق واضحة عن الأطفال العاديين من حيث أنهم أقل قدرة على تعلم القراءة، ومن ثم يجب أن نضع لهم التعليم الذي يتواءم مع قدراتهم ومع المستوى الذي نتوقع أن يصلوا إليه.

وفيما يلي نتناول بعض المبادئ التي يجب أن يراعيها مدرسو التربية الخاصة في التعليم القراءة لهذه الفئة من الأطفال:

1) العمر الزمني:

إن الطفل المعوق عقلياً يلتحق بالمدرسة في سن السادسة مثله في ذلك مثل الطفل العادي، ويتراوح عمره العقلي في هذه المرحلة بين ثلاث إلى أربع سنوات ونصف سنة على وجه التقريب، كذلك يقدم للطفل المعوق عقلياً، شأنه في ذلك شأن الطفل العادي، مواد في القراءة، يتوقع المدرسون أن يحرزوا فيها نجاحاً، إلا أن الطفل المعوق عقلياً، لا يستطيع بسبب ما يعانيه من إعاقة في قدراته العقلية أن يجاري الطفل العايد في معدل تعليم القراءة وغيرها من المواد الدارسية.

وتعني هذه الحقائق أن الأطفال المعوقين عقلياً – الذين يكون عمرهم الزمني حوالي السادسة أو السابعة أو الثامنة أو التاسعة – ليس من الضروري أن يشتركوا في برنامج منظم للقراءة منذ بداية التحاقهم بالمدرسة، وإنما يجب أولاً وقبل كل شيء أن يتلقوا برنامجاً في الاستعداد لتعلم القراءة.

2) معدل تعلم القراءة:

إن معدل تعلم القراءة لدى الطفل المعوق عقلياً يكون أبطأ من الطفل العادي، ومع أن بعض الدراسات قد أوضحت أن الطفل المعوق عقلياً يتعلم بنفس السرعة التي يتعلم بها الطفل العادي، طالما أن له نفس العمر العقلي، إلا أن هذه الدراسات لم تتناول كل جوانب التعلم، واقتصرت على فترات قصيرة، ويستشهد أصحاب هذه الدراسات ببعض الأمثلة ومنها: أن الطفل العادي الذي يكون عمره الزمني وعمره العقلي سبع سنوات، يتعلم بنفس معدل الطفل المعوق عقلياً الذي يكون عمره الزمني عشر سنوات، وعمره العقلي سبع سنوات.

بالإضافة إلى ذلك، فإن المعوقين عقلياً يظهرون فروقاً كيفية وكمية في القدرة على التعلم، ومن ذلك أنهم يظهرون استجابة نمطية جامدة نحو المثيرات البيئية المختلفة، فلا يستفيدوا بدرجة كافية من الخبرات المتعددة التي يمرون بها، كذلك تنقصهم القدرة على أن يقدموا بنقد وتقييم أعمالهم (ومعنى ذلك أنهم ينقصهم القدرة على النقد الذاتي)، كما يفتقرون إلى القدرة التي بها يتوامؤون مع التغيرات المختلفة التي تقابلهم في المواقف التعليمية التي يمرون بها سواء داخل المدرسة أو خارجها، ويتسمون أيضاً بنفس القدرة على التعميم، ويعتمدون على التعليم الحسي أكثر من التعليم المجرد، كما أن قدراتهم السيكولوجية في اللغة والإدراك ضعيفة، كل هذه العوامل تميل إلى أن تجعل الطفل المعوق عقلياً أبطأ في التعلم وأضعاف من حيث القدرة على التذكر والاسترجاع في مواقف القراءة.

ومن هنا كانت ضرورة العمل على تعديل برنامج القراءة بطريقة تتمشى مع المعدل البطيء للتعلم وغير ذلك من الخصائص العقلية لدى الأطفال المعوقين عقلياً، لذلك يجب أن يقوم هذا البرنامج بإطالة فترة تعليم القراءة في كل مرحلة من مراحل النمو، كذلك تقدم مواد التعلم بطرق متعددة يمكن بها تجنب الجمود والاستجابات النمطية، ومن ثم يمكن العمل على تنمية عملية القراءة بطريقة منظمة مرنة.

3) الحاجة إلى النجاح:

هناك مبدأ تربوي هام مؤداه أننا إذا قدمنا مواد في القراءة للطفل المعوق عقلياً قبل أن يكون مستعداً لتعلمها، فإنه سوف يلاحقه الفشل المستمر في مواقف القراءة التالية، بل وستنتقل آثار هذه المواقف إلى غيرها من مواقف التعلم، وفي ذلك يخلص (هارولد ديلون) نتائج دراسة حديثة قام بها على الأطفال الذين تركوا المدرسة في سن مبكرة بقوله: "إن كثيراً من أطفال المرحلة الأولى يلاقون صعوبات عديدة ومتاعب جمة تضطر بعضهم إلى الفشل في المواقف التعليمية المختلفة، وبالتالي يتركون المدرسة في هذه المرحلة البمكرة، وتمثل الصعوبات التي يلاقيها الأطفال في القراءة الجانب الأكبر من صعوباتهم ومتاعبهم في هذه المرحلة".

فلا شك أن الخبرات التي يشعر فيها الطفل بالفشل الناجم عن الإحباط في مواقف القراءة المختلفة، من شأنها ألا تؤدي إلى تنمية الدافع والرغبة في القراءة، ومن هنا كان لزاماً على مدرسي التربية الخاصة أن يعملوا على تنمية ثقة الطفل بنفسه في مواقف القراءة، عن طريق إشعاره بالنجاح فيما يمر به من خبرات في البرنامج الذي يقدم لتعليم القراءة للأطفال المعوقين عقلياً، وكذلك عن طريق العمل على تجنيبه مشاعر الإحباط في مواقف القراءة.

وثمة مبدأ آخر يجب مراعاته، هو ألا نعطي مثل هؤلاء الأطفال مواد في القراءة قبل أن يتكون لديهم الاستعداد لتعلمها، بل ينبغي اختيار الفترة السيكولوجية الملائمة، حتى لا تتكون لديهم اتجاهات سلبية نحو القراءة.

4) تأثر البيئة:

تعتبر الصحيلة اللغوية للطفل المعوق عقلياً وما لديه من خبرات اكتسبها من البيئة التي يعيشها فيها، ضئيلة وفقيرة عما يكون لدى الطفل العادي بصفة عامة، وطالما أن القراءة تحتاج إلى خبرات وغلى حصيلة لغوية يتزود بها الفرد من البيئة، فإنه من الممكن تعويض أوجه النقص هذه عن طريق تزويد الطفل بالخبرات المتعددة التي تؤهله لتعلم القراءة، ويرى بعض علماء التربية الخاصة أنه يمكن في هذه الحالة إنشاء ما يسمى "بفصول الاستعداد أو التهيئة للقراءة" – Reading Readiness Classes.

ومن ثم ينبغي أن يخطط برنامج التعليم بما فيه من أوجه النشاط المختلفة بطريقة ترفع من مستوى الأطفال المعوقين عقلياً في اللغة وفي تنمية المفاهيم اللغوية لديهم، وأن يكون ذلك في حدود إمكانياتهم العقلية، وفي إطار المستوى الذي تتقوع أن يصلوا إليه في تعلمهم.

(5 – 2) برنامج القراءة:

من الضروري حين نقوم بتخطيط برنامج في القراءة للأطفال المعوقين عقلياً، أن تكون أبعاد هذا البرنامج متمشية مع قدراتهم ومستوى نموهم.

ويعتبر ضمن الخطوات اللازمة في هذا الصدد، القيام بتحديد أقصى مستوى يصل إليه الطفل المعوق عقلياً في تعلما لقراء، ويقوم هذا التحديد على الملاحظة والتشخيص لمدى قابليته للتعلم في المواقف المختلفة.

ولما كان الطفل المعوق عقلياً قد شخص بأن لديه قدرة ضئيلة على التعلم في الناحية الأكاديمية، وبأن أقصى ما تصل إليه أبعاد قدرته على تعلم القراءة هو ما يتراوح بين الفرقة الثلاثة والخامسة من المرحلة الأولى فإنه من الضروري أن يسير برنامج تعليم القراءة لهذه الفئة من الأطفال على النحو التالي:

1. برنامج في الاستعداد لتعلم القراءة، حتى يمكن تهيئة الفرص والمواقف الملائمة التي يشعر فيها الطفل المعوق عقلياً بالنجاح.
2. أن تكون هناك فترة كافية للابتداء في تعليم القراءة، حتى تتهيأ أمامه بداية طيبة لتعلم القراءة.
3. أن يتضمن البرنامج ضرورة العمل على تنمية طرق التعرف على الكلمات، وكيف يعتمد على نفسه في القراءة بنجاح.
4. التدرج في تعليم هؤلاء الأطفال مواد أصعب في القراءة داخل حدود إمكانياتهم وخصائصهم العقلية.

وثمة نقطة تجد ملاحظتها، وهي أن الجوانب المختلفة في برنامج القراءة، لا بد أن تسير وتتكامل مع الخبرات التي يتعلمها الطفل من المواد الدراسية وأوجه النشاط المتعددة التي تتاح له.

برنامج الاستعداد لتعلم القراءة:

من الأخطاء الشائعة التي قد يقع فيها بعض المدرسين، القيام بتدريس موضوعات أو العمل على إكساب مهارات قبل أن يكون الطفل مستعداً لتعلمها، فقد وجد (شارلوت ولبورون يونج) أن الاستعداد الضئيل لتعلم القراءة قد يسبب صعوبات للأطفال ذوي الذكاء العالي والمنخفض على السواء، وأن الأطفال ذوي الذكاء المرتفع، ولكن استعدادهم للقراءة ضئيل لم يكونوا موفقين في تعلم القراءة مثل أولئك الذين كانوا مستعدين لتعلمها.

وكذلك فإن الأطفال المنخفضي الذكاء، ولكن عندهم استعداد لتعلم القراءة قابلوا نجاحاً أكثر من الأطفال الذين لم يتكون لديهم بعد ذلك الاستعداد.

ومن هذا يتضح ما لبرنامج تهيئة الأطفال المعوقين عقلياً لتعلم القراءة من أهمية كبيرة، إن هذه التهيئة تسير عادة مع نموهم العقلي، ولكن إذا كان علينا أن ننتظر حتى يتم هذا النمو العقلي، فمعنى ذلك ان الأطفال المعوقين عقلياً سوف لا يستطيعون تعلم القراءة إلا في مرحلة متأخرة من العمل، ولذلك فإنه لكي نختصر الفترة التي علينا أن ننتظرها حتى يتم هذا النمو فيجب أن نعمل على توفير عدة وسائل لتنمية هذا الاستعداد وذلك التهيؤ لتعلم القراءة عن طريق ما يتاح للأطفال من خبرات متعددة، ومن أهم هذه الوسائل ما يلي:

1. الرحلات والجولات تعمل على زيادة حصيلة هؤلاء الأطفال من الخبرات.
2. عمل مجموعات من الأشياء المتوافرة في البيئة حتى يستطيعون التعرف عليها والتوصل إلى الرموز المعبرة عنها.
3. عمل مجموعات من الكتب والصور التي تتفق مع ميولهم.
4. قصة يحكيها أمين المكتبة، أو المدرس، أو أي طفل.
5. قصة يقرؤها أمين المكتبة، أو المدرس، أو أي طفل.
6. المناقشة من أجل تخطيط بعض أوجه النشاط التي يعتزمون القيام بها في الفصل المدرسي.
7. ربط الكلمات بما ترمز إليه في الواقع.
8. إعداد وعمل تمثيليات يقوم بها الأطفال.
9. إعتداد كتيبات وسجلات للصور.
10. التعريف بأنواع الكتب والعناية بها.
11. عمل تقارير عن بعض أوجه النشاط.
12. القيام ببعض ألوان النشاط البنائي الهادف مثل التعود على احترام إشارات المرور، وعمل نماذج من الصلصال، والخرائط وغير ذلك.
13. القيام ببعض الألعاب التي تساعد على تنمية اللغة، والأعداد، والتمييز بين الأشكال والأحجام والألوان.
14. إعداد بعض الحفلات في الفصل المدرسي مثل أعياد الميلاد وغيرها.

15. تخطيط، وتعيين، ومتابعة أعمال التدبير المنزلي داخل الفصل المدرسي.
16. التخطيط من أجل العناية بحديقة المدرسة، أو الإعداد لأحد المشروعات المدرسية.
17. تنظيم لوحة الأخبار بالمدرسة.
18. عمل محادثات تليفونية.
19. القيام ببعض الألعاب التي تحتاج إلى شيء من إعمال الفكر، مثل تلك الألعاب التي تحتاج إلى حل بعض الألغاز.
20. الاشتراك في بعض المناشط الإيقاعية مثل الألعاب، والقفز، والوثب، والرقص.
21. القيام بتمثيل بعض القصص المعبرة عن عالم الطفل.

ويلاحظ أنه سوف يوجد بعض الأطفال الذين يظهرون استعداداً لتعلم القراءة قبل غيرهم من الأطفال، على الرغم من أنهم في عمر عقلي واحد، فيبدؤون في السؤال عن بعض مواد القراءة التي تقابلهم في الكتب التي تعطي للمبتدئين في القراءة، كما يبدو عليهم الشغف بالقراءة، وفي هذه الحالات يجب أن يعمل المدرس على تشجيعهم حتى يستطيعوا أن يمروا بالمراحل المبدئية في عملية القراءة.

3) الخطوات الأولية في تعليم القراءة للأطفال المعوقين عقلياً:

يجب أن يستند تعليم القراءة لهذه الفئة من الأطفال على نظرية سيكولوجية سليمة، فالمعروف أن الدراسات المشتقة من العلوم البيولوجية توضح أن الكائن الحي يستجيب أولاً بطريقة كلية، كما أن علماء النفس الجشطلت قد أوضحوا أن الأطفال يدركون الكليات أولاً ثم يتعلموا التفاصيل فيما بعد، ومن هذا يتضح أن تعلم القراءة يمر بالخطوات التالية:

1. إدراك الكليات أولاً.
2. تعلم التفاصيل ثانياً.
3. ثم القراءة بدون وعي بالتفاصيل.

ويصف (صموئيل كيرك) هذه النظرية على النحو التالي:

إذا قدمنا للطفل جملة أو عبارة قصيرة نابعة من خبرائه، فإنه من المحتمل أن يتعلم الجملة ككل، عن طريق الذاكرة، أو التعرف على تناسق الجملة، أي أن الانطباعة الأولى للطفل هي الجمل ككل، وإنه ليس من الضروري أن يدرك الكلمات المفردة أثناء محاولاته المبدئية في القراءة.

أما الخطوة الثانية التي تساعد على التقديم في عملية القراءة، فهي تعلم التفاصيل الموجودة في الجمل والكلمات، وهنا يجب أن يتعلم الطفل كيف يميز بين الكلمات ومدلولاتها.

ويتضح من ذلك إذن أن الطفل يتعلم الجملة ككل، ثم لكي ينمو في عملية القراءة فإنه يجب أن يتعلم الكلمات المفردة في الجملة، كما أن تعلم الكلمات المفردة يحتاج إلى تعلم العناصر المختلفة في كل كلمة من حروف وأصوات وقدرة على التمييز بينها.

أما المرحلة الثالثة في عملية القراءة فهي قراءة الوحدات التفكيرية بدون إدراك للتفاصيل، ففي عملية القراءة يمتص الطفل وحدات تفكيرية بدون أن يكون واعياً بالتفاصيل الموجودة في الصفحة المطبوعة.

وطالما أن الأطفال الذين تقدموا في عملية القراءة غير واعين بالتفاصيل، فإن هناك من المدرسين الذين يعتقدون أنه ليس من الضروري أن يقوموا بتعليم التفاصيل، وأن جل اهتمامهم يوجه إلى تعليم القراءة بالطريقة " الكلية "، ولذلك فإنه من الضروري أن يقوموا بتعليم التفاصيل في الجمل والكلمات، ثم تستخدم الطرق التي تساعد الطفل على القراءة بدون وعي بالتفاصيل، وبهذه الطريقة يصل الطفل إلى الهدف الأقصى من عملية القراءة وهو: قراءة الوحدات التفكيرية بدون أن يكون واعياً بالعملية التي تتم بها.

وتلخيصاً لهذه الخطوات الثلاث في عملية القراءة، نقرر أن اتباع طرق تعليم الحروف الأبجدية والطرق الصوتية في بداية تعليم القراءة، مبدأ غير سليم من الناحية السيكولوجية، طالما أن الطفل يدرك الكليات أولاً، وإنما بعد أن تتكون لديه الخبرة في قراءة الجمل والعبارات القصيرة، فإنه يجب مساعدته على محلاظة التفاصيل عن طريق دراسة الكلمة، ويستطيع المدرس الواعي بهذه المراحل الثلاث أن يشكل طريقته بحيث تتفق مع القواعد السيكولوجية لنمو عملية القراءة لدى الطفل.

ولما كان الأطفال المعوقون عقلياً غير قادرين على الاستدلال بدرجة كافية وأن قدرتهم على تعليم أنفسهم ضئيلة، فيجب العمل على مساعدتهم في هذه العمليات في كل مرحلة من نموهم.

ويشير (صموئيل كيرك) إلى أنه يمكن اتباع الخطوات التالية باستخدام طريقة الخبرة المنظمة (Systematic Experience Method) مع الأطفال المعوقين عقلياً:

1. يجب أن يتأكد المدرس من ان الأطفال في حالة تهيؤ ورغبة في تعلم القراءة.
2. يجب استثارة ميول التلاميذ عن طريق الخبرات التي يتكسبونها من حماية القصص.
3. فمثلاً يقوم بعض التلاميذ بحكاية قصة مستوحاة من خبراتهم ثم يكتبها المدرس على السبورة، وفي اليوم التالي تكتب في لوحة ويقرأ التلاميذ القصة من اللوحة، وبعد عدة قراءات يحاول المدرس مساعدتهم على قراءتهم من الذاكرة.
4. تعمل قصص أخرى وتدرس بنفس الطريقة لتثبيت نفس المادة بأوضاع مختلفة:

أ. طريقة الصور المتحركة.

ب. قصص تعمل على تنمية تصور الألفاظ عن طريق تناسق الكلمات والجمل.

ج. الشرائح التي تعرض بالفانوس السحري.

5. بعد أن يكتسب الأطفال ألفاظاً بصرية عن طريق هذا النمط من القراءة، فإن التعليم يبدأ في تنية التعرف على الكلمات المفردة، وهذه هي المرحلة الثانية في تعلم القراءة، فيطلب المدرس من التلاميذ أن يتعرفوا على الكلمات المفردة في قصة يقرؤونها، وتون هذه القصة مكتوبة بخط واضح على إحدى اللوحات، ويقوم المدرس بتقطيع اللوحة إلى جمل ويطلب من التلاميذ إعادة تكوين القصة عن طريق وضع الجمل في الأماكن الصحيحة، ثم تجزأ الجمل إلى كلمات، ويطلب إليهم إعادة تكوينها، والتكرار في مثل هذه الحالات يمثل أهمية كبيرة لأنه يساعد على تكوين ألفاظ كافية للتعرف ولفهم كتب القراءة للمبتدئين، وهذه المرحلة تمتد إلى أكثر من عام بالنسبة للأطفال المعوقين عقلياً.

كذلك يجب على المدرس أن يعمل على تقييم نمو الألفاظ البصرية الأساسية باستمرار، من ذلك أني ستخدم قائمة كلمات أعدها الأخصائيون في القراءة لمعرفة مدى نموهم في هذا الصدد، والكلمات التي لا يستطيع الطفل أن يتعرف عليها بالنظر، تحتاج إلى أن تستخدم في لوحات كتب عليها الكلمات بوضوح، وترطب هذه الكلمات في أذهان التلاميذ بالصور أوالنماذج أو الأشياء أو القيام ببضع الألعاب المعبرة عنها.

وفيما يلي نقدم بعض الاقتراحات التي يمكن أن يتخذها المدرسون كدلائل تشير إلى استعداد الطفل لتعلم مواد القراءة:

1. الشغف بالكتب ومحاولة القراءة فيها.
2. إظهار قدرة بسيطة على قراءة بعض الكلمات في كتب القراءة للمبتدئين.
3. أن يتكون لدى الطفل حصيلة معلومات، وألفاظ، وخبرات كافية لتعلم القراءة.
4. القدرة عن التعبير عن الأفكار.
5. العادات السليمة في الملاحظة والاستماع.

6. الاستقلال إلى حد ما في العادات التي يتبعها الطفل في العمل.
7. القدرة على الأصغاء.
8. القدرة على تتبع الكلمات والحروف من اليمين إلى اليسار.

(5 – 4) أهداف القراءة المبدئية:

يمكن تلخيص هذه الأهداف على النحو التالي:

1) تنمية الميل إلى القراءة لإشباع حاجات الطفل الشخصية.
2) تنمية القدرة على سهولة استخدام الكتب.
3) تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو الكتب.
4) العمل على استمرار استخدام اللغة الشفوية في يسر وسهولة.
5) ربط الكلمات بما تمثله من خبرات واقعية في الحياة الويمية.
6) تنمية مهارات وقدرات القراءة الأساسية، بما تتضمنه من حصيلة لفظية بصرية.

ولكي يمكن تحقيق هذه الأهداف، يجب أن تنبع مواد القراءة وتتكامل مع الخبرات التي يمبر بها الطفل في حياته اليمية بالمنزل والمدرسة والمجتمع، وفيما يلي نذكر عدة مبادئ أساسية ينبغي مراعاتها في بداية تتعلم القراءة:

1. اختيار الكتب التي تساعد الأطفال على أن يقوموا باستعادة تذكر حصيلتهم اللغوية وعلى تنمية هذه الحصيلة.
2. الاستعانة ببعض الكتب الإضافية التي تساعد على تنمية هذه الحصيلة.
3. مساعدة الطفل على تخطيط والمناشط التي يقوم بها، بطريقة تشبع حاجاته وتنمي لديه العادات السليمة في العمل، وتهيء أمامه فرص الشعور بالنجاح.
4. تعريف الأطفال بالكلمات.
5. التأكيد على الدقة أكثر من السرعة في تعلم القراءة.

كيف ننمي كفاية الطفل المعوق عقلياً في القراءة؟

يمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق مراعاة عدة نقاط هامة، ينبغي أن يعيها مدرسو التربية الخاصة، وهي:

1. مساعدة الطفل على التعرف على الكلمات.
2. الاهتمام بالقراءة الشفوية.
3. مراعاة عامل الميل والاهتمام واستثارة الدافع نحو تعلما لقراءة.
4. أن تكون عملية القراءة قائمة على الفهم والاستنتاج.

وفيما يلي نتناول هذه النقاط:

1. التعرف على الكلمات:

يتطلب هذا التعرف تنمية قدرة الطفل على تمييز الكلمات، ويتحقق هذا عن طريق الترابطات الذهنية البصرية، ولما كان الأطفال ضعاف العقول معوقين في هذه الوظيفة السيكولوجية، فينبغي أن يعمل المدرس على تخطيط خبرات ومناشط هادفة تساعد على تنمية هذه القدرة فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون أن " يلتقطوا " الكلمة بطريقة عابرة، بل ينبغي أن تقدم لهم في مواقف متعددة وبطرق مختلفة.

إنهم يتعرفون على الكلمات بطرق شتى: فنهم من يعتمد على الخصائص المادية للكلمة، ومنهم من يستخدم طريقة الهجاء، ومنهم من يتعرف على الكلمة من السياق العام للجملة وعن طريق تخمين معاني الكلمات الغامضة بالنسبة لهم، ولما كان الأطفال ضعاف العقول تنقصهم القدرة عى الاستدلال، فإنهم قد يخمنون أو يستنتجون الكلمات بطريقة غير صحيحة، كذلك قد يتعرف بعضهم على الكلمة عن طريق التحليل الصوتي لها، ولكن يجب ألا يعتب على أذهان المدرسين أن التحليل الصوتي ليس في طريقة لتعليم القراءة، ولكنه مجرد أداة أو وسيلة تستخدم في التعرف على الكلمات غير المألوفة.

2. **القراءة الشفوية:**

لما كانت القراءة تبدأ عن طريق استخدام الرموز السمعية والبصرية فإنه من الطبيعي أن يتبع ذلك أن تكون القراءة الشفوية هي القراءة الأولى للطفل، فاللغة الشفوية هي وسيلته الرئيسية في الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ثم يتبع القراءة الشفوية القراءة الصامتة في المراحل الأولية.

3. **الفهم:**

يشير (جراي) إلى أن الهدف من عملية القراءة هو تنمية القدرة على تتبع وتفسير وفهم ما نقرأه، وهنا ينبغي على مدرسي التربية الخاصة أن يزودوا الأطفال المعوقين عقلياً بالخبرات، والمناشط التي تساعدهم على هذا التتبع والفهم، وأن يعملوا على تشجيعهم على القراءة المستقلة للقصص البسيطة، المتدرجة الصعوبة، فالقراءة الحرة بالإضافة إلى أنها تساعد على تنمية مهارات الفهم، فإنها تعمل على خلق الميل، وتنمي التركيز، وتزودهم بالخبرات الهادفة، وتثير تفكيرهم، ونم الوسائل المجدية في تحقيق هذا الهدف، استخدام التعبير الشفوي في التمثيليات، والمناقشات، وعن طريق دراسة الصور، وقراءة القصص، والقيام بالرحلات، والمشاركة في بعض المشروعات المدرسية.

4. **الميل والدافع:**

تشير الأبحاث إلى أن التعلم يحدث بسرعة أكبر وبكفاية أعظم إذا كانت مواد التعلم ذات مغزى بالنسبة للطفل، وتثير ميوله واهتماماته، ولذلك يجب أن يعمل المدرس على أن تكون مواد القراءة حية تتفق مع خصائص نمو هذه الفئة من الأطفال، ومع ميولهم واهتماماتهم، ويعتبر عامل الشعور بالنجاح في القراءة ذا أهمية كبيرة في استثارة الميل إلى مزيد من القراءة.

كذلك يعتبر العمل على تنمية اتجاهات مرغوبة نحو القراءة والنشاط المرتبط بها، هو أحد الاعتبارات الأساسية في تعليم القراءة، وهذه الاتجاهات تمثل أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال المعوقين عقلياً حيث أنهم كثيراً ما يشعرون بالفشل في مواقف القراءة، ومن شأن هذه المشاعر أن تكون لديهم اتجاهات سلبية نحو القراءة نتيجة للإحباط النتاتج من الفشل.

وفيما يلي نذكر بعضا لمواقف التي تساعد على تكوين اتجاهات إيجابية نحو القراءة ومواقفها:

1) توجيه التلميذ نحو استخدام المواد التي تكون في مستوى إدراكه وفهمه والتي يستطيع أن يحرز فيها نجاحاً.
2) إشعار التلميذ بالنجاح في أي موقف ينمو ويتقدم فيه.
3) تشجيع الطفل على استمرار التقدم وإحراز خطوات أبعد في النجاح.
4) تزويد التلميذ بمواد سهلة ومشوقة في القراءة.
5) ومما يساعد على تحقيق ذلك أن يعمل المدرس على أن ينمي ميول التلاميذ ويزودهم بمواد القراءة التي توسع وتعمق ميولهم، وفيما يلي نقدم بعض الاقتراحات التي تساعد على تنمية ميول التلاميذ نحو القراءة:

1. العمل على تزويد هؤلاء الأطفال بمجموعة كبيرة من الكتب وعلى تشجيعهم على القراءة من أجل الاستزادة في المعلومات.
2. إتاحة الحرية لهؤلاء الأطفال لاختيار مواد القراءة.
3. تشجيع استخدام المكتبة.
4. إدخال الحيوية والفاعلية في القراءة عن طريق المعينات البصرية.
5. استثارتهم نحو قراءة الجرائد.
6. تزويد التلاميذ بالفرص المختلفة لاختيار القصص والحكايات المسلية، والتمثليات التي يقرؤونها في كتب القراءة.
7. إعداد لوحة تعرض مواد القراءة وتتضمن تصنيفاً للكتب من مختلف الأنواع.

8. إعداد الأطفال للاشتكرا في وحدات جديدة للعمل.
9. التأكد من فهم الأطفال للأغراض الكامنة وراء عملية القراءة.
10. التأكد من فهم الأطفال لما يقرؤونه من مواد.

(5 – 5) الهجاء:

ترتبط حاجة الأطفال المعورقين عقلياً إلى تعلم الهجاء بتعلمهم القراءة والكتابة، وكما هو الحال في القراءة، فإن الطفل المعوق عقلياً لن يتعدى أطفال المرحلة الرابعة أو الخامسة من حيث القدرة على هجاء الكلمات، ولذلك يجب أن تكون الألفاظ مناسبة لإمكانياته العقلية.

والهجاء هو وظيفة بصرية – إدراكية، فتعلم هجاء الكلمات يحتاج من الطفل أن يتذكر بصرياً شكل الكلمات المرئية، وهو في ذلك يستخدم أيضاً الأصوات، والقدرات الصوتية في محاولة استدعاء هاء الكلمة، إنه لن يتعلم كيف يهجي الكلمة، إلا إذا تمكن من تصور الشكل الصحيح الها.

وفيما يلي نقدم بعض الأسس التي يمكن اتباعها في تعليم الهجاء للأطفال المعوقين عقلياً:

1. ان تكون الكلمات المستخدمة في الهجاء معروفة لدى الطفل ويستخدمها في حياته اليومية.
2. يجب أن يتعلم الأطفال المعوقين عقلياً الهجاء وفق طريقة منظمة لأن أي طريقة عشوائية من شأنها أن تكون غير عفالة معهم.
3. يتعلم الطفل الهجاء بطريقة أكثر يسراً حينما يكون قادراً على التعرف الجيد على الكلمات. فمثلاً يجب الا يكون هناك اختلاف بين ما يسمعه وما يراه.
4. يجب أن يتعلم الأطفال الهجاء منذ البداية بطريقق صحيحة، ذلك أن الخاطء بدون تصحيح يميل إلى أن يثبت يلف أذهانهم ويتخذصفة العادة،

وهنا نجد أن محو عادة هو أمر أكثر صعوبة من تكوين عادة صحيحة منذ البداية.

5. يجب أن تكون مواد الهجاء، والقراءة، والكتابة، التي يتعلمها الطفل متشابهة ومتكاملة، فمثلاً إذا أعطينا طفلاً قائمة كلمات كي يتعلم هجايتها، وليست ذات علاقة وثيقة بالألفاظ التي يتعلمها في القراءة أو بمواد الكتابة، فالنتيجة المتوقعة هي أن يكون التعلم ضئيلاً في كل هذه المجالات.
6. يجب أن يتعلم الطفل الهطاء بعد أن يتعلم القراءة وليس قبلها، بل إن تعلم كتابة الكلمات، والجمل، والقصص هو أحد الطرق الأكثر فالية في تعلم الهجاء.

وحيث أن الأطفال المعوقين عقلياً يلاقون صعوبة في تعلم الهجاء، فإنه يجب استخدام طريقة أكثر عمقاً وفاعلية في تعليمهم الهجاء، وتصف (فرنالد) طريقة فعالة لتعليم الهجاء للأطفال الذين يلاقون صعوبة في التعلم، ويمكن أن تستخدم الخطوات التي ذكرتها فيما يتلعق بتعليم الهجاء مع الأطفال المعوقين عقلياً كطريقة مجدية معهم، وفيما يلي نتناول الطريقة المنظمة التي اتبعتها:

1. يجب أن يكتب المدرس الكلمة التي يريد تعليمها للأطفال على السبورة أو على لوحة نم الورق.
2. يقدم المدرس الكلمة للأطفال بكل وضوح ودقة.
3. يتاح للطفل وقتاً كافياً لدراسة الكلمة.
4. حينما يتأكد المدرس من أن الطفل قد تعلم الكلمة، فيجب أن يساعده على كتابتها من الذاكرة.
5. تقلب اللوحة أو تمسح الكلمة من السبورة ثم تكتب مرة ثانية.
6. يجب اتخاذ الترتيبات اللازمة حتى يستطيع الطفل استخدام الكلمة المتعلمة في تعبير الكتابي.
7. من الضروري أن يقدم الطفل الشكل الصحيح للكلتم في أوقت، حينما تصادفه أي صعوبة في هجائها بطريقة سليمة.

وتميل (فرناند) إلى أن يستخدم الأطفال تصوراتهم البصرية – السمعية، أو الحسية، وتعرف هذه الطريقة باسم (الطريقة الحسية)، وفي الحقيقة إن الطفل يحصل على تعلم بصري إدراكي حينما تستخدم الطريقة الحسية في تعليمه، فهو ينظر إلى الكلمة، ويكون منها صورة بصرية في ذهنه، ثم يحاول أن يكتبها من الذاكرة، فإذا لم تتكون هذه الصورة جيداً، فإنه لن يستطيع استعادة الكلمة من ذاكرته وبهذه الطريقة يتصور الكلمة، وفي نفس الوقت يستخدم كتابته لها كوسيلة للتأكد من صحة الصورة البصرية التي كونها عن الكلمة.

وبذلك نستطيع أن نقرر أن طريقة (فرنالد) تتميز بتأكيدها على التصورات البصرية – الذهنية للكلمات، وتعطي للطفل في نفس الوقت طريقة منتظمة للتعلم، وهي تدعو أيضاً إلى تعليم الطفل كيف يعتمد على نفسه في تعلم الكلمات، وتتضمن توجيهاتها إلى الطفل ما يلي:

1. أنظر إلى الكلمة بكل عناية ودقة وانطقها لنفسك.
2. أنظر إلى الكلمة وتصور هل من الممكن أن تكتب كما تراها.
3. اقفل عينيك وتخيل كيف تستطيع أن تكون صورة للكلمة في ذهنك. وإذا لم تستطع أن تحصل على صورة واضحة للكلمة، فإنك تستطيع أن تتذكر الأجزاء التي كونت الكلمة المرئية والحركات المتضمنة في كتابتها.
4. بعد أن تتأكد من كل جزء من الكلمة، أغلق الكتاب أو احجب الكلمة، ثم اكتبها، وردد كل مقطع لنفسك وأنت تبكت الكلمة.
5. إذا لم تستطع أن تكتب الكلمة على الوجه الصحيح بعد رؤيتك لها ونطقها، اطلب من مدرسك أن يكتبها لك، ثم تتبع الكلمة بأصابعك، وانطق كل جزء منها، تتبع الكلمة وأجزاءها بعناية أكثر من مرة كلما دعت الحاجة إلى ذلك حتى تتمكن من كتابتها بالشكل الصحيح.
6. وإذا كانت الكلمة صعبة، حاول أن كتتب الكلمة للمرة الثانية وهكذا.
7. حاول فيما بعد كتابة الكلمة من الذاكرة.

ومع هذا فإن ذلك لا يعني أن كل الهجاء يتعلم بواسطة طرق منتظمة وعميقة كتلك التي وصفتها فرنالد، فكير من الكلمات يتعلم الأطفال هجايتها بدون تلك الطرق، كما أن بعض الكلمات الأخرى قد تسبب صعوبة لدى بعض الأطفال، ولكنْ الطريقة المنظمة — كتلك السابق وصفها — من الممكن أن تستخدم مع أولئك الأطفال الذين يلاقون صعوبة بالغة في تعلم الهجاء، وبالنسبة لتلك الكلمات التي تسبب صعوبة لمعظم الأطفال.

وأخيراً نستطيع أن نقرر أن أفضل الطرق عادة في تعليم الهجاء هي المرونة في الجمع بين أكثر من طريقة منتظمة هادفة.

(5 – 6) الكتابة:

لا يختلف تعليم الكتابة للأطفال المعوقين عقلياً بدرجة متميزة عن تعليمها للأطفال العاديين، ولكن الاختلاف الأساسي يكمن في التباين في القدرات الحركية والعقلية بين الأطفال العاديين والأطفال المعوقين عقلياً، فالطفل المعوق عقلياً حينما يكون مستعداً لتعلم القراءة والهجاء، يكون عمره الزمني عادة في حوال التاسعة أو العاشرة أو الحادية عشرة، وبنتيجة لذلك فإن النمو الحركي والجسمي للأطفال المعوقين عقلياً لا يكون عادة متأخراً مثل نموهم العقلي، وهذا منش أنه أن يجعل الوظيفة الحركية للكتابة أعلى من قدراتهم الذهنية.

وعلى هذا يمكن القول إن معظم الأطفال المعوقين عقلياً لديهم القدرة الحركية على الكتابة حينما يكونوا مستعدين عقلياً لتعلمها، إنهم أقل اضطراباً في الكتابة من الأطفال العاديين في سن السادسة الذين يبدؤون في تعلم الكتابة في هذا السن، ولذلك، فإن التأكيد على أهمية التناسق الحركي — كما هو حادث مع الأطفال العاديين — لا يمثل ضرورة كبرى بالنسبة للأطفال المعوقين عقلياً في سن التاسعة أو العاشرة.

وإنما تكمن الصعوبات الأساسية في تعليم الكتابة للأطفال المعوقين عقلياً في تحديد ماذا يكتبون وكيف يكتبونه، وفيما يلي نذكر بعض العوامل التي تساعدهم على الكتابة:

1. يمثل التأكيد على الدقة والوضوح في الكتابة، العامل العام في تعليم الكتابة للأطفال المعوقين عقلياً، إنا لسرعة ليست مطلوبة في هذه الحالة، فالطفل يستطيع أن يحرز السرعة في الكتابة حينما تتكون لديه تلك القدرة ويتمرس في تعلم الكتابة بطريقة منظمة دقيقة، والمعروف أن الدقة وظيفة للسرعة.
2. يعتقد (ستروس ولهتن)[1] أن أفضل الطرق التي تتبع في التدريس للأطفال المعوقين عقلياً هي طريقة الكتابة المتراصة أو السلة Cursive writng وأن الإدراك الكلمي للكلمة يسهل حينما ترتبط الحروف معاً وفق هذه الطريقة وبذلك يساعد ربط الحروف معاً في كلمة متكاملة على تنمية الإدراك الحسي الحركي للكلمة الكلية.
3. استخدام التدريب على الكتابة كعامل مساعد على تعلم القراءة والهجاء، فالأطفال ضعاف العقول يعانون من خلل في تذكر وإدراك الكلمات ولذلك فإن تعرف الكلمة واستعدائها صبح أمبراً يسيراً إلى حد ما عن طريق التدريب على الكتابة من الذاكرة، وهذا يشبه الطريقة الحسية الحركية التي نادت بها فرنالد.
4. يجب أن يوضح للأطفال المعوقين عقلياً الطرق الصحيحة في الكتابة متضمنة وضع ورقة الكتابة بالنسبة لجسم الطفل، فالمعروف أنه طالما أن معظم الأطفال المعوقين عقلياً يساريون في كتابتهم أكثر من الأطفال العاديين، فيجب أن يساعدم المدرس على التعود على الجلسة الصحيحة في المقعد وبالنسبة لورقة الكتابة، إن الكثير من الأشكال الشاذة في الكتابة، تأتي

(1) Strauss A. A. and L. E. Lehtinen, Psychopathology and education o the Brain – injured child. New York, 2004, pp. 184 – 190.

من الكتابة باليد اليسرى حينما يسمح لهم باستخدام طريقة غير صحيحة في الكتابة.

5. يجب أن يكون للكتابة معنى بالنسبة للطفل، وهنا نجد أن ربط الكتابة بالقراءة والهجاء وغير ذلك من الموضوعات والمناشط يعمل على إعطاء التدريب على الكتابة معنى عميقاً.

(5 – 7) تعليم الرياضيات للأطفال الموقين عقلياً :

هناك حقيقة معترف بها بنوجه عام وهي أن معظم الأطفال المعوقين عقلياً يستطيعون تعلم مبادئ الريضايت فيما بين المرحلة الثالثة والخامسة من التعليم الابتدائي

ويقابلنا في هذا الصدد فلسفة عامة نادى بها بعض المربين مؤداها أن ذكاء الأطفال المعوقين عقلياً يختلف عن ذكاء الأطفال العاديين من حيث الكم فقط وأن قدرتهم الحسابية تختلف فقد من حيث المدى البطيء لتعلم مبادئ الرياضيات ونتيجة لذلك جب أن تعطى مبادئ تعليم الرياضيات للأطفال المعوقن عقلياً بنفس الطريقة وينف سالنظام الذي يعطى للأطفال العاديين بصفة عامة، مع ملاحظة أن تكون هذه المبادئ 0المعدة أصلاً للأطفال العاديين الذين عمرهم الزمني ثماني سنوات — سوف تردس للأطفال المعوقين عقلياً في سن 8 سنوات عمر عقلي.

ولكن هذه الفلسفة قد أثارت عدة نقاط، فهي ترفض المبدأ النفسي القائل بأن الحاجات الفردية تختلف من طفل لآخر، كما أنها تفترض أن قدرات الأطفال واحدة، أو متشابهة، وأنه لا يوجد لدى الأطفال المعوقين عقلياً قدرات خاصة أو أنه ليس لديهم عجز في بعض نواحي قدراتهم في تعلم واستخدام المفاهيم والمهارات الحسابية إذا قورنت بالأطفال العاديين الذين لديهم نفس العمر العقلي.

وتفترض هذه الفلسفة أيضاً:

1. أن مبادئ الرياضيات التي وضعت للأطفال العاديين تقابل حاجات كل الأفراد (سواء كانوا من المتفوقين، أو العاديين، أو ذوي الذكاء المنخفض).
2. صعوبة المهارات والمفاهيم الرياضية بالنسبة للأطفال المعوقين عقلياً.
3. انها لا تعطي اعتباراً كافياً للخبرات التي يكتسبها الأطفال من البيئة التي يعيشون فيها، أو بعبارة أخرى لا تهتم كثيراً بالفروق الاجتماعية والاقتصادية بين الأطفال.

إذا كان الأطفال العاديون يدرسون مبادئ الحساب توطئة لتعلم الجبر والهندسة والعلوم المختلفة التي ستؤلهم لدراسة الهندسة والرياضيات في الكليات، إلا أنن يجب أن نراعي في تخطيط منناه الرياضيات للأطفال المعوقين عقلياً أنهم حالما يتركون المدرسة بعد مرحلة معينة فإنهم سوف يستخدمون هذا النوع من المعرفة، والمفاهيم، والخبرة، بمبادئ الحساب في حياتهم اليومية.

ما هي أوجه الاختلاف بين الأطفال المعوقين عقلياً والأطفال العاديين في قدراتهم الرياضية؟

قام (وليم كروكشانك)[1] ببحث أعده للحصول على درجة الدكتوراة من جامعة ميتشجن، قارن فيه بين الأطفال المعوقين عقلياً والأطفال العاديين من حيث قدراتهم الحسابية، وروعي أن يكون أطفال المجموعتين متجانسين من حيث العمر العقلي، وكان من نتيجة هذه الدراسة وغيها من الدراسات، أن اتضح أن هناك أوه اختلاف بين الأطفال العاديين والأطفال المعوقين عقلياً في قدراتهم الرياضية كما يلي:

(1) Cruickshank, William M., Acomparative study of psychological factors involved in the responses of mentally retarded and normal boys to problems in arithmetic. Doctor's dissertation of Michigan and Arbor.

1. إن الأطفال المعوقين عقلياً ليس لديهم القدرة العقلية على فهم وإدراكا لمفاهيم المركبة أو المعقدة التي يتعلمها عادة الأطفال العاديين في المراحل المتقدمة.
2. يلاقون صعوبة كبيرة في تعلم المبادئ والمفاهيم الأساسية وذلك بسبب ضعف بصيرتهم وقدرتهم المنخفضة على التعميم.
3. يشيع بينهم عادة استخدام طريقة العد على الأصابع وغير ذلك من العادات غير الناضجة.
4. إنهم أقل قدرة على الانتقال من مفهوم أو قاعدة رياضية إلى غيرها من المفاهيم والقواعد.
5. إنهم أقل قدرة على حل المشكلات اللفظية والمجردة.
6. إن ذخيرة ما لديهم من ألفاظ تستخدم في الرياضيات ضئيلة.
7. إنهم أقل فهماً وإدراكاً للعمليات اللازمة لحل المشكلات.
8. حينما يواجهون بمشكلة، يكونوا غير قادرين على حلها، وأكثر ميلاً إلى تخمين أو إعطاء استجابات غير ملائمة.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن هناك عدد من الباحثين يقررون أن الأطفال المعوقين عقلياً يعانون من ضعف في قدراتهم الرياضية على النحو التالي:

1. إنهم يلاقون صعوبة في حل المشكلات اللفظية والمجردة أكثر من المشكلات الحسية.
2. إنهم يلاقون صعوبة في عمليات الضرب والقسمة أكثر من عمليات الجمع والطرح.
3. إن ما لديهم من مهارات رياضية تتميز بعدم النضج.

أما من حيث الدراسات الخاصة بطرق تدريس الرياضيات للأطفال المعوقين عقلياً، فإن ما قامت به (هيلين كستلر)[1] يعتبر من أهم الدراسات في هذا الصدد، فقد قسمت عينة من الأطفال المعوقين عقلياً إلى ثلاث مجموعات، وقامت بتعليم كل مجموعة بطريقة معينة، وهذه الطرق المستخدمة هي:

1. طريقة مزج مبادئ الرياضيات بالحياة التي يعيشها الطفل في مجتمعه (Socialized Mehtod) فيزود بمناشط وخبرات من واقع هذا المجتمع.
2. الطريقة الحسية Sensorication.
3. الطريقة اللفظية Verbalisation، فيستخدم الوصف اللفظي كبديل للخبرة وقد وجدت أن الطريقة اللفظية هي أقل الطرق جدوى وفاعلية في تعليم الرياضيات للأطفال المعوقين عقلياً، وفي تحسين قدراتهم على الانتباه، وترابط الأفقكال، والفهم والحكم، أما أفضل الطرق فقد كانت طريقة تطبيع مبادئ الرياضيات بالطابع الاجتماعي (Socialized Method) ثم الطريقة الحسية في بعض الحالات.

وباختصار يجب أن تختار بعناية مبادئ الرياضيات التي تدرس للأطفال المعوقين عقلياً، وهنا يجب أن نضع في أذهاننا اعتبارين كبيرين: أما الاعتبار الأول، فهو ضرورة أن يتضمن تعليم رياضيات ؛ المعرفة، والمهارات، والمفاهيم ذات القيمة والمنفعة بالنسبة له في وقته الحاضر وفي حياته المستقبلة.

والاعتبار الثاني، هو أنه يجب أن تراعى الطرق المستخدمة نواحي العجز والقصور في قدرات الأطفال المعوقين عقليا وفيما لديهم من إمكانيات وقدرات خاصة.

(1) Costello, Helen M., The Responses of Mentally Retarded Children to Specialized Learning Expereinces in Arithmetic. Doctor Dissertation, Univ, of Pennslyvania, Philadephia, 2009.

أهداف تعليم الرياضيات للأطفال المعوقين عقلياً:

1) تنمية، وفهم، واستخدام ذخيرة الألفاظ المستعملة في الحساب.
2) تنمية المفاهيم والمهارات العددية.
3) تنمية القدرة على تطبيق واستخدام المهارات العددية.
4) تنمية القدرة على فهم مختلف وحدات المقاييس.
5) تنمية القدرة على فهم الكسور.

ويمكن تحقيق هذه الأهداف عن طريق برنامج قائم على المبادئ التالية:

1. أن ما يقدم من مفاهيم ومهارات يجب أن يتفق مع مدى قدرتهم على الفهم، وأن تكون قابلة للاستخدام في حياتهم اليومية.
2. أن يقوم برنامج تعليم الرياضيات للأطفال المعوقين عقليا على أساس أن يعمل على زيادة المبادئ والمفاهيم الأساسية في الرياضيات، والعلاقات بين الأعداد والرموز.
3. العمل على تخليص هذه الفئة من الأطفال من بعض العادات غير الناضجة، مثل العد على الأصابع.
4. أن يتعلموا العد السليم في مواقف ذات معنى بالنسبة لهم، حتى يمكن أن ينتقل أثر هذا التعلم الى مواقف الحياة الواقعية.
5. أن يخطط البرنامج بطريقة تساعد على تحسين قدرة هؤلاء الأطفال على القراءة والفهم.
6. وضع مستويات للتحصيل وفق إمكانيات هؤلاء الأطفال.
7. التأكيد على الدقة، ونقد الذات.
8. الاهتمام بتعليمهم المهارات والمفاهيم الخاصة بالضرب والقسمة.
9. تنمية المفاهيم والمدركات المتعلقة بالوقت وتوقع النتائج.
10. التأكد من أي حقيقة أو عملية أو مهارة حسابية قد تعلمها هؤلاء الأطفال جيدا قبل الإنتقال الى غيرها.

11. استخدام الممارسة والتكرار في تعليم الرياضيات حينما يتطلب الموقف التعلمي ذلك.
12. استخدام طريقة التدريب الموزع أكثر من التدريب المركز في تعلم المهارات والمعرفة والمفاهيم الرياضية.

ومما تجدر ملاحظته أن أي برنامج لتعليم الرياضيات للأطفال المعوقين عقليا يجب أن يخطط بطريقة منظمة وينمو مع تطور ونمو هذه الفئة من الأطفال.

إن هذه البرامج يجب أن تنظم بحيث:

1. تنمي لديهم المفاهيم الكمية.
2. ربط تعليم المهارات الرياضية لمواقف الحياة الواقعية.
3. تنمية كفايتهم على استخدام هذه المهارات وتلك المفاهيم في مواقف الحياة الواقعية.

8) برنامج تعليم الرياضيات للأطفال المعوقين عقليا :

وفيما يلي نتناول برنامجا مقترحا لتعليم الرياضيات لهذه الفئة من الأطفال.

وينقسم هذا البرنامج الى ثلاثة مستويات تطورية:

1. تنمية المفاهيم الكتابية.
2. تعليم المهارات الرياضية في ضوء استخدامها في الحياة اليومية.
3. تنمية قدرتهم على استخدام هذه المهارات وتلك المفاهيم في مواقف الحياة الواقعية.

تنمية المفاهيم الكمية:

إن بداية نمو المفاهيم الرياضية والكمية يحدث في مرحلة ما قبل المدرسة وفي الفترة الأولى من التحاقه بها.

إن هؤلاء الأطفال تتراوح أعمارهم الزمنية من ثلاث الى ست سنوات في مرحلة ما قبل المدرسة، ومن ست الى عشر سنوات في فصول المرحلة الأولى.

أما أعمارهم العقلية فتتراوح عادة بين سنتين إلى أربع سنوات ونصف في مرحلة ما قبل المدرسة، ومن ثلاث إلى حوالي ست سنوات في فصول المرحلة الأولى.

وتتكون هذه المفاهيم الرياضية لدى الأطفال المعوقين عقليا — وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة — خلال أوجه النشاط اليومي ؛ فيظهرون حاجة كبيرة إلى التعرف على المفاهيم الرياضية مثل: الآن، حالا، كبير، صغير، بعيد، قريب، بجانب، فوق، تحت، وغير ذلك.

كذلك يتعرفون على المفاهيم العددية الأولية، ويكونوا على وعي بأسماء الأعداد وما تشير إليه من كم.

ومع أنه لا توجد مشروعات أو مناشط محددة تخطط لتأكيد هذه المفاهيم وتنميتها، إلا أن المدرس الواع بحاجات هذه الفئة من الأطفال في مقدوره أن يستفيد من كثير من المواقف التي تساعد على تنمية هذه المفاهيم مثل اللعب، وحكاية القصص، والتطلع الى الصور، والرسم، والأكل، وغير ذلك.

ويمكن تعليم مفاهيم الكم، والحجم، والموضع عن طريق القيام بعمل مقارنات بين حجم الأطفال في الصف، والأشياء، والصور، والمباني وغير ذلك.

كما يمكن أن تستخدم نفس هذه الوسائل لتنمية مفاهيم الطول والقصر.

ويستطيع أن يتيح المدرس للتلاميذ كثيرا من أوجه النشاط الأخرى، مثل العد بصوت مرتفع وفق نغمة إيقاعية.

وبهذه الطريقة وغيرها يصبح الطفل على معرفة بأسماء الأعداد والكميات عن طريق التكرار المستمر في كثير من المواقف.

ومع نضج الأطفال وإدراكهم للمفاهيم الكمية الأولية، يمكن باستمرار تقديم مفاهيم أكثر تعقيدا وتقدما.

وإن ما يحتاج الأطفال إلى تعلمه في المرحلة الأولى هو العد، وقراءة وكتابة الأعداد، وعمليات الجمع البسيطة.

وهناك مواقف متعددة في الفصل المدرسي يمكن أن تستغل في تلعيم الأعداد لهؤلاء الأطفال، مثل إعداد العدد المطلوب من الكراس للصف، وإعداد زجاجات اللبن مع ضبط عددهما، وغير ذلك من ألوان النشاط.

ولكن يجب أن يكون كل نشاط يساعد الطفل على التعلم الأعداد ذا معنى بالنسبة له.

فمثلا إذا سئل طفل أن يعد عدد تلاميذ الفصل بدون سبب واضح، فإن هذا لن يتضمن دافعا كبيرا على التعلم، ولكن إذا كان الدافع الى القيام بهذا العد هو مثلا الإعداد لرحلة أو لتوزيع بعض الكتب أو القصص أو اللعب أو الحلوى، فإن التعلم في هذه الحالة يكون مجديا.

وفيما يلي نذكر بعض مزايا برامج النشاط:

1. إن المفاهيم الرياضية تقدم لهؤلاء الأطفال في مواقف ذات معنى بالنسبة لهم.
2. تزودهم هذه البرامج بفرص عديدة لتنمية تلك المفاهيم على كل المستويات، وهذا من شأنه أن يقابل الحاجات المختلفة لهذه الفئة من الأطفال.
3. تعمل على تنمية الميل الى التعلم.
4. إن المفاهيم الحسابية لا تدرس لهم وهي منعزلة عن غيرها من المفاهيم والخبرات، ولكن في سياق مشابه للطريقة التي يخبرونها في الحياة.

(5 – 9) تنمية المهارات الرياضية:

حينما يصل الطفل إلى عمر عقلي يتراوح ما بين ست الى سبع سنوات، فإن في مقدوره أن يستفيد من برنامج منظم لتدريس المهارات الرياضية، فضلا عن أنه يجب أن يحصل على هذا البرنامج.

وحينما يصل الى عمر عقلي يتراوح ما بين سبع إلى ثمان سنوات، فإنه يجب أن يكون قادرا على التعرف على رموز الأعداد حتى رقم 100 وعلى كتابتها، وعدها ؛ كذلك يكون على معرفة تامة بالوقت، وبعمليات الجمع والطرح، وبالمقاييس والموازين الأساسية، وبأسماء الشهور وأيام الأسبوع، والتاريخ، واستخدام الكسر 1 ÷ 2 بدقة.

وحينما يصل إلى عمر عقلي يتراوح ما بين ثمان إلى تسع سنوات، فإنه يجب أن يتعلم فهم قيمة النقود، وتكون له القدرة على تبادلها، وأن يستخدم الكسور 1 ÷ 3، 1 ÷ 4، ويقوم بعمليات الضرب والقسمة البسيطة.

وتكون بداية تعليم الأعداد للطفل على شكل آلي، فهو يستطيع أن يعد من 1 – 100 بدون أن يعرف على وجه الدقة ماذا تعنيه أسماء الأعداد.

ويتبع خطوة العد الآلي، أن نعلم الطفل العد الترتيبي ؛ فمثلا يجب أن يتعلم ما هو العدد واحد قبل أن نواجه بالمقدار الذي يمثله.

إنه يجب أن يعرف المصطلحات 1، 2، 3، وأولا، وثانيا، وثالثا، وهكذا ؛ وما ترمز إليه هذه المصطلحات من علاقات.

وبعد أن يدرك الطفل مفهوم العدد الترتيبي – ويكون هذا مصحوبا غالبا بتعلم العدد – فإنه من الضروري أن يتعلم العمليات الأربع الأساسية للأعداد وهي: الجمع والطرح والضرب والقسمة، وأهميتها في الحياة اليومية.

ومع تطور نمو الطفل، تبقى العمليات الأساسية للأعداد كما هي، ولكن المشكلات تصبح أكثر صعوبة ؛ فيجب أن يتعلموا عمليات جمع من عمودين، وطريقة الاستعارة في عمليات الطرح، وعمليات ضرب وقسمة أكثر تقدما، وفهم واستخدام الأجزاء والعلامات الكسرية ؛ وكيف يقرأ، ويفسر، ويحل مشكلات رياضية مستخدما المهارات العددية المتعلمة.

استخدام المهارات الرياضية في الحياة اليومية:

يجب أن يضع مدرس التربية الخاصة بالأطفال المعوقين عقليا في اعتباره أن هؤلاء الأطفال قبل أن يتركوا المدرسة ليشاركوا المجتمع في حياته، عليه أن يزودهم بكل المهارات والمعارف الرياضية التي تؤهلهم لأن يكونوا أعضاء متجاوبين مع مجتمعهم في حدود إمكانياتهم وقدراتهم، وبطريقة تحقق لهم التوافق مع هذا المجتمع.

وهذا لن يأتي إلا عن طريق إتاحة العديد من الفرص أمامهم لكي يستخدموا المفاهيم الحسابية في مواقف عملية.

كذلك يجب أن يكون الرياضيات في هذه المرحلة المتقدمة من تعليم الأطفال المعوقين عقليا، من ذلك النوع الذي يقابل حاجاتهم المهنية: أو بمعنى آخر،

يجب أن تتمشى مبادئ الرياضيات التي تدرس لهم في هذه المرحلة مع نوع الحرف والمهن التي سيؤهلون لها، سواء كانوا بنين أم بنات ؛ فالبنين عليهم أن يستخدموا المهارات والمفاهيم الرياضية من حيث اتصالها بالتدريب اليدوي لهم، وبالشؤون المنزلية، وفي دراسة المهن والحرف الواقعة في مجال اهتمامهم.

ولا شك أن هذا من شأنه أن يوضح لهم العلاقات والارتباطات بين المهارات والمفاهيم الرياضية التي تعلموها وبين مواقف الحياة الواقعية، وينمي قدرتهم على القيام بتعميمات لها في المستقبل.

(5 – 10) تعليم الفنون العملية للأطفال المعوقين عقلياً:

الفنون الرفيعة:

تعتبر الفنون – كالموسيقى، والرسم، والتصوير – وسائل قوية للتعبير، ولذا فإنه ليس لها حدود مرتبطة بالعمر، أو القدرات، أو الإمكانيات، وأنها ينبغي أن تصبح لذلك جزءا متكاملا مع ألوان النشاط اليومي.

إن الفنون الرفيعة بارتباطها مع الموضوعات الأخرى في المنهج، تعطي خدمات لا تحصى في توضيح الأفكار والمعاني التي يحاول الأطفال أن يتصوروها ويعبروا عنها، ونتيجة لهذا، يجب أن يزودوا بالفرص والتشجيع المعقول لاستخدام الفنون كوسيلة للتعبير.

وإذا كان يمثل حقيقة بالنسبة لكل الأطفال، فإنه بالنسبة للأطفال المعوقين عقليا يحتل أهمية أكبر من حيث تخطيط المنهج لهم، وجعل هذه الفنون جزءا متكاملا مع باقي مواد المنهج.

فهؤلاء الأطفال ضعاف في فهم اللفظي والتعبير اللفظي، ولكن عن طريق استخدام هذه الفنون، نستطيع أن نفتح أمامهم أكثر من مجال للتعبير والفهم.

وفي هذا الصدد يقرر والن أنه ينبغي أن يعطى اهتمام كبير في مناهج التربية الخاصة بالأطفال المعوقين عقليا لأشكال التدريب الحركي. ومن هنا تصبح الفنون ذات ضرورة بالغة في فصول التربية الخاصة.

إلا أنه ينبغي مراعاة ذلك المبدأ التربوي الهام الذي ينادي بضرورة ربط هذه الفنون بغيرها من أوجه النشاط التي يتعلمها هؤلاء الأطفال، حتى تكون ذات معنى بالنسبة لهم.

ولما كان الأطفال المعوقين عقليا لا يسمح لهم تكوينهم العقلي والجسمي بالتركيز لفترات طويلة من الوقت على عمل واحد ؛ فإن مجالات الفنون العلمية من شأنها أن تعوض هذا القصور.

الفنون والأشغال العملية:

من الأمور المتعرف بها بين علماء التربية الخاصة أن الفنون والأشغال العملية تحتل مكانة كبيرة في تربية الأطفال المعوقين عقليا.

فلكل فرد يجب أن يكون على إلمام كاف بالمهارات الخاصة بالفنون الصناعية والأشغال المنزلية.

ولا شك أن برنامج المهارات الصناعية والاقتصاد المنزلي تساعد الأطفال المعوقين عقلياً على:

1) تنمية عاداتهم، واتجاهاتهم، ومعارفهم اللازمة لهم من أجل توافقهم المهني والاقتصادي.
2) تعلم كيفية التوافق مع التطورات الصناعية للمجتمع الحديث حسب إمكانيات كل فرد وقدراته.
3) ومساعدتهم على أن يصبحوا أعضاء إيجابيين في أسرهم.

ومن أمثلة هذه الفنون: المصنوعات الخشبية، والمعدنية، والأجهزة والأدوات المنزلية. واستخدام الوسائل الحديثة في النظافة وغير ذلك.

وفيما يلي تتناول أنواع البرامج الخاصة بالفنون والأشغال العملية حسب وجهات نظر المدرسين فيها:

1. **يقوم بعض المدرسين بتنسيق ربط هذه الفنون والأشغال العملية مع مجالات المواد الدراسية، فيقومون بتدريسها كجزء متكامل من المشروعات المدرسية:**

وبهذه الطريقة تصبح الفنون والأشغال العملية وظيفية. إنهم يستخدمونها في مواقف يتأكدون فيها من حاجة الطفل إليها.

وهذه الطريقة تعمل على إتاحة الفرص لتعلم أفضل لهذه الفئة من الأطفال، فهم يستخدمونها كوسيلة أخرى للتعبير، أما المدرس فيستخدمها كوسيلة فعالة لنقل الأفكار إليهم.

وهكذا فإن المدرسين الذين يستخدمون الفنون والأشغال العملية بهذه الطريقة، إنما يعملون على جعل المفاهيم والأفكار ذات معنى بالنسبة للطفل.

2. **يقوم بعض المدرسين بتدريس هذه الفنون والأشغال العملية كغاية في حد ذاتها.**

وهذا النمط من التدريس يوجد غالبا في المنهج التقليدي، حيث يخصص معظم الوقت في القراءة، والكتابة، والحساب، والدراسات الاجتماعية، والموسيقى، والفن.

وفي هذا النوع من البرامج لا يعطي اعتبارا كاف لميول الأطفال أو لعلاقة العمل الفني بمجالات الدراسة الأكاديمية.

3. وهناك نمط ثالث من المدسين يهتم أساسا بالنتاج النهائي.

فهم يحكمون على قيمة برنامج الفنون والأشغال العملية وفاعليته بكم وكيف المواد المنتجة التي تعرض في الفصل أو تباع في نهاية العام الدراسي أو في أحد المحلات التجارية.

وبهذه الطريقة لا تتاح للتلاميذ إلا فرصة ضئيلة للتجريب، ومن ثم لا يكتسبون إلا خبرات ومهارات ضئيلة.

كذلك فإن ما سينتجه الطفل من مواد لا تثير اهتمامه وميوله.

ومن هذا يتضح أن النوع الأول من برامج الفنون والأشغال العملية هو الذي يساعد على تعليم هذه الفئة من الأطفال، ويكون أكثر جدوى وفاعلية في إكسابهم الخبرات والمهارات المفيدة.

(5 – 11) مبادئ تعليم الفنون والأشغال العملية:

إن برامج الفنون يجب أن يكون جزءا متكاملا مع المنهج، ومع الخبرات التي يكسبها للتلاميذ.

وفيما يلي نتناول أهم المبادئ التي يجب أن يعيها المدرس في تدريسه لهذه الفنون والأشغال العملية:

1. إن المهارات المتعلقة بهذه الفنون والأشغال العملية يجب أن يتعلمها الأطفال في مواقف وظيفية هادفة، مثل عمل معارض، وتزيين الفصول وزخرفتها، وإعداد الصور المختلفة المعبرة، والقيام بالتعبير بالرسم عن بعض المناشط والاهتمامات، والألعاب الرياضية وغيرها.

2. تستخدم هذه الفنون والأشغال كوسيلة للتعبير، مع العمل على ربطها بأوجه النشاط المدرسي الأخرى مثل قيامهم بالتعبير عما يقرأونه من قصص أو يشاهدونه بالرسم، أو عمل نماذج من الصلصال، أو على منضدة الرمل وغير ذلك.
3. يجب أن تستخدم الفنون والأشغال العملية كوسيلة لتحسين التناسق الحركي، فمثلا يعطي العمل اليدوي للطفل حافزا على أن يستخدم عضلاته ويحسن من تناسقه الحركي.
4. أن تنبع هذه الفنون والأشغال من الطفل نفسه، وهذا من شأنه أن يحفظ الدافع على التعليم والسير في خطوات المشروع.

ولذلك يجب أن تتيح للطفل حرية معقولة في اختيار أوجه النشاط المختلفة التي تتفق مع اهتماماته وميوله.

وعلى سبيل المثال، حين يرغب الأطفال في عمل مخزن للفصل، يقوم الأطفال الذين يميلون إلى الخط بكتابة اللافتات والعناوين المطلوبة، كما يقوم الأطفال الذين يميلون إلى الأعمال الخشبية بصناعة الرفوف، ويقوم آخرون بعملية الزخرفة، والتنسيق، وغير ذلك.

5. أن يتاح للأطفال فرص الشعور بالرضا عن أنفسهم عن طريق ما ينجزونه من أعمال.

ولا شك أن هذا عامل هام في الصحة النفسية للفرد.

6. يجب أن يعمل برنامج الفنون والأشغال العملية على تحسين اتجاهات هؤلاء الأطفال، فيجب أن يتيح الفرص أمامهم لفهم قيمة التعاون، والمشاركة الاجتماعية وممارستها.

كذلك يمكن تنمية اتجاه نقد الذات عند هؤلاء الأطفال عن طريق العمل اليدوي الموجه.

فالطفل يجب أن يتعلم كيف يقيم جهوده في حدود إمكانياته وقدراته وخبراته السابقة.

7. أن تكون المواد المستخدمة في الفنون والأشغال العملية من النوع الرخيص والسهل الاستخدام.

فالأطفال البطيئي التعلم أقل طولاً، وأثقل وزناً، وأقل تناسقاً، ولكن ليس بالدرجة التي تستدعي اهتماماً زائداً، أو تتطلب علاجاً خاصاً.

أما من الناحية الصحية، فنجد أن احتمال انتشار ضعف السمع وعيوب الكلام وسوء التغذية ومرض اللوزتين والغدد وعيوب الإبصار لدى الأطفال الطبيئي التعلم أكثر من الأطفال العاديين.

(5 – 12) الشخصية والتكيف:

يعتقد كثير من الناس أن بطيئي التعلم كمجموعة، ضعاف الشخصية، كما أنهم أقل تكيفاً من التلاميذ العاديين، ولكن لا يوجد من الأدلة ما يكفي لتأييد هذا الاعتقاد.

وقد أجريت بعض البحوث لمقارنة درجة تكيف الأطفال العاديين والأطفال البطيئي التعلم، ثبت منها أن المجموعة الأخيرة أقل من الأفطال العاديين تكيفاً.

كما قام أحد الباحثين بدراسة تفصيلية قارن فيها بين مجموعة من الأطفال البطيئي التعلم وبين مجموعة من الأطفال النابهين، اتضح من نتائجها وجود اختلافات لها أهميتها الإحصائية، فقد انفرد بطيئو التعلم بصفات منها: عدم الثقة بالنفس، والاعتماد على الغير، والاحترام الزائد للغير، في حين أن الصفات التي

لوحظت في الأطفال النابهين: القدرة على تكوين الأصدقاء، القيادة، التنافس، التركيز، المشاركة الوجدانية للأصدقاء، السيطرة، الثقة بالنفس، الخلق والإبداع والابتكار، حب الاستطلاع، الشجاعة، الدفاع عن النفس.

وقد كان الختلاف واضحاً بيناً في بعض الصفات، بيد أنه كان معدوماً في صفات أخرى كالتملق والتعاون والأنانية والعدوان الجسماني والطاعة والعطف والعدوان اللفظي (السباب) والرغبة في الاجتماع ومعارضة السلطة والكرم.

كذلك يلاحظ نقص القدرة على الانتباه بين الأطفال البطيئي التعلم عن العاديين.

كذلك يختلف الأ"فال البطيئو التعلم بدرجة كبيرة عن الأطفال العاديين في مجال السمات العقلية وخاصة ما يتصل منها بالإدراك السمعي والبصري.

ويظهر ضعف التلميذ على وجه الخصوص في العمليات العقلية المعقدة مثل التعليل في التفكير، وليس من الغريب أن يحدث هذا، لأن التعليل يعتمد على الذكاء وإدراك العلاقات.

كيف ينظم التدريس للتلاميذ الطبيئي التعلم؟

هناك أربعة أسئلة تحتاج إلى إجابة:

1. هل يوضع التلاميذ البطيئو التعلم في مجموعات منفصلة؟
2. هل يقسم التلاميذ البطيئو التعلم على أساس السنوات الدراسية؟
3. كيف ينظم النقل من سنة إلى أخرى؟
4. كيف ينظم عمل المجموعات الدراسية؟

وترتبط الأسئلة الثلاثة الأولى ارتباطاً كبيراً، فهي تتعلق بنواحي مختلفة لمشكلة واحدة، والعلاقة بين السؤال الأول والثاني واضحة: يقسم التلاميذ في كل مدرسة إلى مجموعات أو سنوات دراسية على أساس محورين مختلفين، أحدهما راسي — مثل التقسيم إلى السنة الأولى، السنة الثانية، السنة الثالثة وهكذا، أما المحور الثاني فهو أفقي، حيث تقسم كل سنة دراسية بطرق مختلفة، أكثر شيوعاً هو التقسيم إلى مجموعات: مجموعة سريعي التعلم ومجموعة متوسطي التعلم ومجموعة بطيئي التعلم، ويعتبر التقسيم وإعادة التقسيم داخل المجموعة الأفقية، جزءاً عادياً من البرنامج اليومي للفصل الدراسي، سواء أكان التقسيم من ناحية السنة الدراسية أم من ناحية السن، ومن وقت لآخر تتكون مجموعات للقراءة ومجموعات للميول الخاصة ولجان مختلفة، على أساس حاجات وميول الأفراد وطبيعة نواحي النشاط التي تنفذ في الفصل الدراسي، وتتكون هذه المجموعات وقت الحاجة كما أنها تحل إذا حققت الغرض منها، أما ما نقصده هنا فهو تنظيم ثابت لدرجة ما، بحيث توجد فيه مجموعات تضم تلاميذ لهم حاجات محدودة أو صفات محددة، وتشمل هذه المجموعات كل نواحي عملهم.

والسؤال الأساسي: هل سيبقى التلاميذ بطيئو التعلم في مجموعات ثابتة في فصول منفصلة؟ أم أنهم سيختلطون مع التلاميذ الآخرين الذين في نفس السن والحجم تقريباً على أساس وضعهم بطريقة عشوائية دون دراسة دقيقة، ولكن سواء وضع هؤلاء التلاميذ في مجموعات منفصلة أم لم يوضعوا، فإن مشكلة توزيعهم لا تزال قائمة، والمشكل هي: ما أفضل طريقة للتقسيم على أساس المحور الرأسي، هل يقسمون على أساس السنة الدراسية، أم السن، أم بطريقة أخرى؟

هل يوضع التلاميذ البطيئو التعلم في مجموعات منفصلة؟ (غرف المصادر)

هناك كثير من الآراء المؤيدة والآراء المعارضة لفكرة المجموعات المنفصلة، إلا أن ذلك يختلف من مدرسة إلى أخرى، وقد اتضح لنا أنه لا مجال لتنظيم مجموعة منفصلة لبطيئي التعلم تكون متجانسة في أكثر من ناحية، ومع هذا

توجد بعض المميزات إذا استطعنا أن نكون مجموعة متجانسة في نواح أخرى غير السن، ولكن هل هذه المميزات لها أهميتها التي تجعلها تطغى على مساوئ المجموعات المنفصلة؟ إننا لا يمكن أن نحكم على هذا إلا على أساس حقائق معينة في مواقف محددة.

إن مجرد الفصل دون إعادة تنظيم المنهج يكون قليل الفائدة بالنسبة للتلاميذ البطيئي التعلم، فالفصل أو العزل قد يسهل عمل المدرس إلى حد ما، وقد يحسن وضع بقية التلاميذ في المدرسة، ولكنه لن يستطيع أن يجعل حياة التلاميذ البطيئي التعلم أكثر يسراً، ومن ناحية أخرى فإن ترك التلاميذ البطيئي التعلم في مجموعات مختلفة لا يخفف عبئهم أو يمنع شعورهم بعدم التوافق أو يقلل من مشاعر النقص لديهم، بل قد يؤدي إلى تكوين اتجاهات عدائية ضد المجتمع ما لم يكن المنهج الموضوع للمجموعة المعزولة مرناً ويتوافق مع حاجات التلاميذ وقدراتهم، وحتى إذا كان المنهج مرناً فإنه سيوجد الكثير من مجالات المقارنة بينهم وبين بيئتهم، مما يؤدي إلى حرج مشاعر التلاميذ وجعلهم يشعرون بالنقص وانعدام التوفق، وسوف يلحظ التلاميذ الآخرونهذا حتى إذا لم يلحظه المدرس، ومهما عمل من احتياطات في الإعداد لأي نوع من التنظيمين فإن كل خطة سوف تتضمن بعض المزايا وبعض العيوب.

وأخيراً فإن كل مدرسة عليها أن تتعرف موقفها ككل، وتقرر بنفسها ما يجب عمله، مع تحديد الموقف وتقديره، ولا تزال توجد عدة أسئلة تثير الصعوبات المتعلقة باستخدام الفصل بين التلاميذ البطيئي التعلم وغيرهم، كما توجد أسئلة أخرى تثير الصعوبات الناشئة عن عدم العزل.

(5 – 13) بعض أوجه النقد التي توجه إلى سياسة العزل:

السؤال الأول: هل تحول مبادئ الديمقراطية دون العزل بالرغم من الاعتبارات الأخرى؟

إن الإجابة عن هذا السؤال بالإثبات أو النفي، تتوقف على مدى ما يعتقده المدرسون وأولياء الأمور، الذين يعنيهم الأمر.

إن الديمقراطية في أحسن معانيها، تتضمن إتاحة الفرصة لكل فرد للوصول بقدراته وإمكانياته إلى أقصى درجة ممكنة، والتمتع بأفضل المميزات التي يمده بها المجتمع لهذا الغرض، وما دام هذا هو معنى الديمقراطية، فلا يوجد اعتراض وجيه على التقسيم إلى مجموعات منفصلة، على شريطة أن يكون هذا التقسيم مزوداً بالفرص المناسبة، والفرص المتكافئة ليس معناها فرصاً متماثلة لكل فرد، أو أن كل فرد عليه أن يفعل نفس الأشياء، لأن إرغام التلاميذ البطيئي التعلم على محاولة عمل أشياء لا يستطيعون عملها يتنافى مع المبادئ الديمقراطية، ومثلنا في ذلك مثل من يرغم التلاميذ النابهين على تعلم أشياء يعرفونها ثم قبل، أو أن يحرمهم من فرصة استخدام مواهبهم في مجالات كثيرة تكون مغلقة على التلاميذ البطيئي التعلم، ويجب ألا نتراجع عن استخدام أي طريقة تبدو ذات سند قوي، إذا كان الأساس الوحيد لرفضها هو الفهم النظري الضيق للديمقراطية.

السؤال الثاني: هل من الممكن عمل مجموعات منفصلة لو أردنا ذلك؟

إذا وضع التلاميذ البطيئو التعلم في مجموعات منفصلة، فإن هذا سيتيح تجانساً أكبر بالنسبة لمشروعات المدرسة التي تعتمد على القدرة العقلية، وإذا رغبنا في إيجاد تجانس معقول في السن، فيجب أن يكون في المدرسة عدد أكبر من التلاميذ في أي مجموعة مكونة على أساس السن، أما إذا كان تلاميذ المدرسة متماثلين بدرجة معقولة، فإن بين كل خمسة تلاميذ نجد تلميذاً بطيئ التعلم، ولكي يكون لدينا عدد من بطيئي التعلم في كل مجموعة يبلغ عددها 25 إلى 30 تلميذاً مثلاً،

يجب أن يكون هناك على الأقل من 125 إلى 150 تلميذاً في كل مجموعة متقاربة في السن، وعلى هذا فلكي يمكن عمل مجموعات منفصلة في مدرسة ابتدائية مدة الدراسة فيها ست سنوات، يجب أن يكون عدد تلاميذ هذه المدرسة من 750 إلى 900 تلميذ.

وعلى أية حال، فقد اعتاد معظم المدرسين أن يدرسوا بالفعل لمجموعات تختلف في العمر في حدود عامين حتى في الفصول المختلطة، دون أن يجدوا صعوبة تتعلق بالسن، فإذا كان الأمر كذلك، فلماذا لا يطبق هذا على مجموعة بطيئي التعلم؟ أي يكون مدى الاختلاف في السن عامين، وإذا استطعنا التخلص من التعقيدات غير الضرورية بالنسبة إلى السنوات الدراسية، فإن المجموعات المنفصلة لبطيئي التعلم يمكن عملها في مدرسة صغيرة تحتوي على 400 إلى 500 تلميذ، ومن المحتمل أن يكون مث هذا العدد هو الحد الأدنى لعمل مجموعات منفصلة في المدرسة بطريقة مجدية، لأنه إذا كانت المدرسة أصغر من هذا، فإن المجهودات التي تبذل لتحقيق التجانس في القدرة، سوف تفقد قيمتها نتيجة ضرورة زيادة مدة الاختلاف في السن إلى 3 أو 4 سنوات، وليس التدريس لمجموعة متجانسة في القدرة، ولكنها غير متجانسة في السن، أسهل من التدريس لمجموعة متجانسة في السن وغير متجانسة في القدرة.

ولا تصلح هذه الأعداد إذا كان تلاميذ المدرسة يختلفون اختلافاً كبيراً فيما بينهم، فإذا كان معظم التلاميذ من المتوسطين والنابهين مع عدد بسيط من التلاميذ البطيئي التعلم، فقد يكون من الضروري في هذه الحالة عمل فصل متوسط الحجم في المدرسة، تجمع فيه المدرسة التلاميذ البطيئي التعلم، وهذا يعني أن الفصل يجمع تلاميذ من أعمار مختلفة ومن سنوات دراسية مختلفة، وهذا بالطبع غير مرغوب فيه ما لم تكن هناك ظروف شاذة تتطلبه.

السؤال الثالث: هل من الضروري أن يوجد مدرسون معدون للقيام بأعمال المجموعات المنفصلة للتلاميذ البطيئي التعلم؟

لا شك أن مدرس بطيئي التعلم يجب أن يكون معداً إعداداً انفعالياً وعقلياً، أي تكون لديه رغبة في العمل الشاق، ومقتنعاً بأهمية التدريس للتلاميذ البطيئي التعلم، ويجب أن يكون قادراً على القيام بعمله على أساس الواقع، مقتنعاً بما يمكن أن يحققه منهم، دون أن يشعر أنه قد ضحى بمستويات الدراسية، ويجب أن يقبل على عمله مع التلاميذ البطيئي التعلم، دون أن يشعر بأنه مرغم عليه بأمر الإدارة، أو أن في هذا العمل تحقيراً له.

هل يقسم التلاميذ البطيئو التعلم إلى سنوات دراسية؟

من الواضح أننا لا نستطيع أن نجيب عن هذا السؤال إجابة صحيحة دون ان نأخذ في اعتبارنا موقف المدرسة ككل، إن من الصعوبة بمكان أن ننظم وندير مجرسة تحاول أن تتبع نظام التقسيم الراسي، أي " حسب السنوات الدراسية " لبعض التلاميذ، ونظاماً آخر للتلاميذ الآخرين، ومن السهل بالطبع من الناحية الإدارية أن نستخدم طرقاً مختلفة في التقسيم على المحور الأفقي، ولكن يجب ألا نغفل ما قد ينشأ من صعوبات أخرى، فالمدرسة تعمل كوحدة في تأثيرها في التلاميذ، فهناك قلة من التلاميذ يصلون إلى درجة من الغباء بحيث لا يدركون السياسة التي توجه المدرسة ككل، كما أن قلة منهم تنعدم لديهم القدرة على التمييز بين الطرق المتبعة.

وإن أي مشروع لتقسيم التلاميذ وتنظيم تقدمهم، سواء أكانوا في مجموعات مستقلة أم مختلطة، يجب أن يحقق ثلاثة مطالب:

- **المطلب الأول:** أن يحقق التقسيم تجانساً معقولاً ويضم عدداً ثابتاً من التلاميذ المتآلفين.
- **المطلب الثاني:** أن ينظم الانتقال من سنة دراسية إلى أخرى في المدرسة.

- **المطلب الثالث:** أن ينهي التلاميذ دراستهم الابتدائية في سن لا تتعدى الثالثة عشرة أو الرابعة عشرة، تلك السن التي ينتقل فيها التلاميذ العاديون عادة، إلى المرحلة التالية من التعليم.

وبالنسبة للمطلب الأول فإن " تجانس " مجموعات التلاميذ لا يمكن أن يتحقق ما دمنا متمسكين بالفكرة الضيقة والتقليدية عن الصف الدراسي كأساس لعمل المجموعات، وينتج عن كل المجهودات التي تبذل للتنظيم على أساس الصفوف الدراسية، اختلافات كبيرة في السن، وفي كل العوامل الأخرى المتعلقة به، ويمكننا أن نتقل الاختلافات المعقولة في السن، والحجم، والنضج العام، إذا كان التقسيم إلى مجموعات حسب الصف الدراسي يحقق غرضه من التحصيل المرجو عن طريق عمل مجموعات من التلاميذ، ولسوء الحظ فإن التقسيم على هذا الأساس قلما يحقق هذا الغرض، فكلما زاد الاختلاف بين مجموعة من التلاميذ في السن، والحجم، والنمو العام، زاد الاختلاف في التحصيل الدراسي الحقيقي.

ولهذه الأسباب ينادي الكثير من المربين بإهمال التقسيم إلى صفوف دراسية كلية، ويوصون بأن يعتمد تنظيم الصفوف وتنظيم العملية الدراسية على أساس السن، ومهما كان مشروع التقسيم، فإنه يبدو من المناسب أن نحتفظ بتجانس معقول في السن بالنسبة لمجموعات التلاميذ، وهذا الكلام يعتبر سليماً سواء أكان التلاميذ البطيئو التعلم في مجموعات مستقلة أم لا، ويبدو أن عامل السن من أفضل العوامل التي تدل دلالة كلية على النمو، كما أنه يرتبط ارتباطاً كبيراً بالحاجات والميول والاستعدادات التي يتطلبها النشاط الجمعي أكثر من أي عامل آخر.

كيف ننظم النقل من سنة دراسية إلى أخرى؟

قد نتساءل: إذا قسمنا التلاميذ على أساس السن، لا على أساس الصف الدراسي، فكيف إذن يتم النقل من صف إلى آخر؟

لا شك أن النقل بالمعنى الشائع لهذه الكلمة سيختفي، ولكن ستظل هناك ضرورة أخرى وهي إعادة تنظيم مجموعات التلاميذ من وقت لآخر، ففيحالة المجموعات التي تكونت في بداية الحياة المدرسية، على أساس من التجانس والتفاعل الودي، سواء أكان منفصلة أم مختلطة، يصبح التلاميذ أكثر اختلافاً كلما تقدموا في السن، فقد يألف التلميذ جو مجموعة معينة عندما يكون في السابعة، ويفقد هذه الألفة، عندما يصبح في العاشرة أو الحادية عشرة من عمره، ويكون حينئذ في حاجة إلى نقله لمجموعة أقل أو أكبر قليلاً في العمر، أو إلى مجموعة متماثلة ولكنها تختلف عن مجموعته في الميل والمزاج.

ويجري مثل هذا النقل كلما دعت الظروف، وبلا ضجة بدلاً من أن يجري على فترات محددة، ليكون لاغرض منه حصول التلميذ على أفضل وضع اجتماعي، وتوفير مجموعة تتيح له أفضل مجال للعمل والتآلف، وفي العادة يكون التشابه في السن من أفضل العوامل التي تستخدم في هذا الصدد، ولكن هناك عوامل أخرى يجب أن تؤخذ في الاعتبار، فكثيراً ما يشعر التلميذ بالألفة والأمن والتجانس وزيادة الرغبة في العمل إذا انضم إلى مجموعة تحوي أصدقاؤه خارج المدرسة، أو في الملعب، أو صديقه الذي يعجب له (أو المدرس الذي يثير إعجابه).

كيف ينظم عمل المجموعات في حجرة الدراسة؟

أسرة الصف:

يجب أن تنظم الحياة المدرسية للتلاميذ بوجه عام على أساس الجو الأسري، أي أن يقيم التلاميذ في المدرسة، فيعملوا أو يعيشوا معاً ويكون لديهم حجرة للنشاط، يزاولون فيها الكثير من نشاطهم، بالإضافة إلى حجرات أخرى يذهبون إليها لأغراض خاصة، وقد يمارس التلاميذ معظم خبراتهم خارج نطاق المدرسة، ولكن حجرة الدراسة هي المكان الذي يعيشون فيه وتوجد به حاجياتهم، وعلى هذا يجب أن تكون حجرة جذابة، على الأقل مثل حجرات التلاميذ الآخرين، وتكون نظيفة، مضيئة، دافئة، وحسنة التنظيم، ويجب أن تكون واسعة بدرجة لا تزدحم فيها مقاعدهم، مع توفير مكان إضافي لموائد العمل والأجهزة والنماذج والمعارض والأزهار واللعب، وأماكن للكتب، ومكان لحفظ الأشياء، وكذلك المعدات الأخرى التي عادة ما توجد في كل مدرسة تتوافر فيها أوجه النشاط المختلفة، كما يجب أن تزود بآلة للسينما وفانوس للعرض، مع شاشة مناسبة وصالة للعرض، كما يجب أن يكون هناك مذياع في الحجرة وبيانو إن إمكن، أو على الأقل مكان له إذا أحضر من الخارج، وجملة القول يجب أن تزود مدرسة البطيئي التعلم بأفضل حجرة وأفضل المعدات التي يمكن أن تعين التلاميذ، وتثير شغفهم، وتحبب المدرسة إلى قلوبهم.

ويجب أن يكون هناك مدرس مسؤول طوال الوقت للإشراف على هذه الحجرة وعلى التلاميذ، وليس من الضروري أن يوكل الإشراف إلى المدرس أو أن يكون هو الشخص الوحيد الذي يتصل به التلاميذ، غير أنه يجب أن يكون هو الشخص المسؤول الذي يوجه المجموعة ويقوم بتخطيط نواحي العمل الخاصة بها، كما يجب أن يعمل كل المختصين تحت الإشراف المباشر المدرس هذه المجموعة، ويعملوا وفقاً للخطط التي صمموها قبل ذلك، فالتعليم الخاص الذي يعتمد على خطط خاصة غير متوافقة لا مكان له في برامج التلاميذ البطيئي التعلم، وبالإضافة إلى ذلك فإن عدد المختصين الذين يعملون مع التلاميذ يجب أن يكون في

حدود برنامج مناسب، ومن الأفضل لمدرس الفصل أن يقوم بمعظم التوجيه والتعليم، حتى ولو لم يكن خبيراً في بعض النواحي، فإن ذلك أفضل من أن ينقل التلاميذ إلى مدرسين متعددين يختلفون في النواحي العقلية والانفعالية، فالثبات والاستمرار في العلاقة بين التلميذ والمدرس، لا بد من وجودهما بدرجة كبيرة لكل التلاميذ في سن المدرسة الابتدائية، وبخاصة للتلاميذ البطيئي التعلم.

الاشتراك في نواحي النشاط المدرسي:

يجب أن يعتبر التلاميذ البطيئو التعلم جزءاً من كل، كأي مجموعة أخرى في المدرسة، وخاصة إذا وضعوا في حجرات دراسية مستقلة، ويجب أن يتشكروا في حفلات المدرسة واجتماعاتها، وفي تحرير الصحف المدرسية والجرائد، ودوريات الحراسة، والألعاب الرياضية، والمعسكرات، وما إلى ذلك، ويكون ذلك تبعاً لميولهم وقدراتهم، وتميل بعض المدارس إلى إهمال التلاميذ البطيئي التعلم أو تحد من نشاطهم ومشاركتهم، وهي في ذلك تفترض أن الاشتراك يجب أن يقتصر على التلاميذ المتفوقين في التحصيل الدراسي، وكثيراً ما يحرم التلاميذ البيطئو التعلم من أن يمارسوا هذا النشاط على وجه أكمل، ولهذا يجب أن يكون المقياس الوحيد للاشتراك في نواحي النشاط المدسي هو ميل التلاميذ، ومدى ما يبذلونه من جهد مخلص يتفق مع قدراتهم، فإذا كان من المعتقد أن مجلة المدرسة تناسب التلاميذ النابهين، فإنها تناسب أكثر التلاميذ الطبيئي التعلم، لا بالنسبة لجودة المجلة، ولكن بالنسبة لما تحدثه من أثر في التلاميذ.

الاستنتاجات:

إنه من الصعب علينا أن نجيب عن الأسئلة التي تتصل بتنظيم التدريس لبطيئي التعلم إجابة لا لبس فيها، ذلك أن الإجابة الصحيحة تعتمد إلى حد كبير على الوضع الخاص لكل مدرسة، فالتنظيمات التي تناسب مدرسة ما قد لا تناسب مدرسة أخرى لها ظروفها الخاصة المختلفة.

وتتعرض فلسفة فصل التلاميذ البطيئي التعلم للكثير من العيوب، ولذلك يجب الا يلجأ إلا في حالة تتعذر فيها مواجهة حاجات التلاميذ البطيئي التعلم في الفصول العادية، ومهما يكن الأمر بالنسبة لسياسة عزل التلاميذ أو عدم عزلهم، فإنه يجب أن نضع في اعتبارنا مشكلة نقل التلاميذ البطيئي التعلم فليس من الضروري إجبارهم على الوصول إلى مستوى تحصيلي أعلى، لا يتفق مع إمكانياتهم، كما أننا في الوقت ذاته يجب ألا نحول بينهم وبين الانتقال عندما يصلون إلى المستوى الذي نتوقعه منهم، ومن المستطاع الوصول إلى المستوى المعقول عن طريق حجرة الدراسة التي تكفل لهم الراحة المطلوبة، والإشراف الدائم، والاهتمام المستمر، من جانب مدرس الفصل، مع توفير الوسائل المعينة والمشوقة، فإذا كان هذا أمراً هاماً بالنسبة للتلاميذ العاديين، إلا أنه يعتبر في المرتبة الأولى بالنسبة للتلاميذ البطيئي التعلم.

(5 – 14) خصائص وحاجات التلاميذ البطيئي التعلم:

- **الصحة:**

إن مشاكل الصحة تعد من الأسس القوية في ضرورة فهم هذا النوع من التلاميذ، فالظروف الصحية والعناية الأبوية، والقدرة على إمدادهم بالرعاية الطبية اللازمة قد تكون غير كافية ولذلك فعلى المدرسة أن تعالج ما استطاعت الأمراض الجسمية، هذا إلى جانب الاهتمام بنواحي النشاط التي تؤدي إلى النمو الجسمي السليم، بالنسبة للتلاميذ البطيئي التعلم والتلاميذ العاديين، وبالإضافة إلى تحسين عادات التلميذ الصحية، لا بد من تدريبه على العناية بنفسه، ثم كيفية ومكان الحصول على العناية الطبية.

وللصحة الفنسية أهميتها أيضاً، فالتلميذ البطيء التعلم عادة ما يكون قد مر بخبرات سيئة نتيجة فشله في تحقيق ما كان يتوقع منه، وعلى هذا فمشكلة صحته النفسية يجب أن توليها المدرسة عناية خاصة.

- **المهنة:**

ليس من مسؤولية المدرسة الابتدائية أساساً أن تعطي تدريباً مهنياً خاصاً، ومع ذلك فإن من واجبها أن تنمي باستمررا معظم الاتجاهات العامة والعادات الخاصة بالكفاية المهنية والقدرة على التفوق في عمل ما، مثل العمل الكامل والنظافة، والتحفز، والرغبة في تقبل الأوامر من الأشخاص المسؤولين وتنفيذها، وأن يتعدى التعليمات المحددة إذا ما دعت الظروف والقدرة على التعامل مع الناس شخصياً، وعلى العمل معهم.

- **البيت والأسرة:**

يزود التلميذ عادة بمزيد من التدريب على حياة الأسرة والبيت بطريقة غير مباشرة، ويحدث ذلك عندما يتكيف الطفل لمقتضيات الحياة في الأسرة، فهو ينمي عادات النظافة

وحسن التصرف كما يبدأ في تكوين الشعور بالمسؤولية، ويحدث ذلك عند القيام بأي عمل في حجرة الدراسة – أيضاً – حينما يعمل بشكل تعاوني مع بقية أفراد المجموعة.

وعلى ذلك فإن التدريب المباشر لا يقل أهمية عن التدريب غير المباشر، لأن كثيراً من التلاميذ في المدرسة عادة ما يأتون من منازل ضعيفة المستوى من حيث إدارة المنزل، وبالتالي تكون ضعيفة – أيضاً – في تنمية المهارات الخاصة بذلك لدى أبنائها، سواء منهم البنين أو البنات، ولذلك فإن تنمية مثل هذه الاتجاهات: كالعناية بالمنزل وتنظيمه وإعداد ميزانيته، تعتبر أمراً أساسياً بالنسبة لحاضر الأطفال ومستقبلهم.

- **نمو الشخصية:**

وبالنسبة لنمو الشخصية، فنحن لا نميل إلى تأكيد أهمية القراءة والنواحي الثقافية المتشابهة، واعتبارها وسائل تصلح وحدها لتمضية وقت الفراغ وتنمية العقل، إن المغالاة في تأكيد مثل هذه الجوانب وإهمال الجوانب الأخرى التي تساعد على نمو الشخصية، تجعل التلميذ البطئي التعلم يلجأ إلى اتباع الطريقة الأسهل، وتجعله يقضي وقت فراعغه في نشاط لا يهدف لشيء، أو تجعل من اتباع الوسائل السابقة وسيلة لمجرد تمضية للوقت دون هدف معين، وعلاوة على ذلك يجب أن نذكر أن المستوى الاقتصادي لأسرة التلميذ البطيئ التعلم، قد لا تهيئ له الفرص والوسائل الضرورية التي تساعده على نمو شخصيته بشكل ناضج، إذ أنه في مثل هذه الحالات ينحصر نشاط الطفل في اللعب مع الأطفال الآخرين الذين يكونون في مثل سنه، ومث هذا النشاط لا يتطلب مهارة عقلية كبيرة، وأحياناً يحصل الطفل على متعة من السينما والراديو والتليفزيون.

وينبغي أن تعمل المدرسة على ملء حياة التلميذ البطيء التعلم بالوسائل المعينة وبالجو المناسب خلال تنمية قدراته الخلاقة التي تعتمد على النشاط اليدوي، وفي هذا المجال قد يتساوى الطفل البطيء التعلم، أو يفوق الطفل متوسط الذكاء.

ويجب أن تمكن المدرسة التلميذ البطيء التعلم من تعرف مصادر تنمية الشخصية ومصادر التسلية المختلفة، التي تتيحها البيئة، كما يجب أن تشجع التلميذ وتساعده على فهم وتذوق الفنون الجميلة والعملية والموسيقى، ويستطيع الكثير من التلاميذ البطيئي التلعم اكتساب مهارة في أكثر من ناحية، كما يمكن أن يتعلم معظمهم كيفية تذوق الفن، ويستطيع كثيرة منهم التفوق في مهارة أو اثنتين من هذه المهارات لدرجة تدعو للتقدير والإعجاب.

(5 – 15) الكفاية الاجتماعية:

يوجه المجتمع الديمقراطي اهتمام التلميذ البطيء التعلم إلى المشاكل الاقتصادية والاجتماعية المعقدة، كما يوجه نفس الاهتمام إلى المواطنين الذين يكونون أوفر حظاً من الناحية العقلية، ولما كان التلميذ البطيء التعلم لا يستطيع أن يواصل التعليم الرسمي أكثر من الحد الأدنى المقرر، ولما كان من المحتمل ألا يبذل مجهوداً – فيما بعد – لمواصلة التعليم، فإنه يجب أن يزود التلميذ البطيء التعلم بمعلومات عن طبيعة العلاقات الاجتماعية والحكومية قبل أن يترك المدرسة، ويتم ذلك خلال مناقشة الأمور التي يألفها، ويجب أن يدرك مسؤولياته نحو الحكومة ومسؤوليات الحكومة نحوه، حتى يصبح مواطناً صالحاً مخلصاً إيجابياً يعطي للقانون والنظام حظهما من الاحترام، وبالإضافة إلى ذلك فإنه ما دام سيكون بينه وبين الآخرين علاقات مالية وأخرى اقتصادية فإنه يجب علينا أن ننمي لديه قدراً من الكفاية في هذا المجال، وقبل أن يترك المدرسة يجب أن يفهم طبيعة العمليات المالية الأساسية البسيطة، ومث هذه المعرفة لا يمكن أن تكون إلا عن طريق الممارسة المستمرة لهذه الأمور خلال السنوات المدرسية.

المهارات والقدرات الأساسية:

بغض النظر عن المستوى العقلي فإنه يوجد عدد من المهارات والقدرات تحتاج إلى تنمية مطردة لكل طفل خلال خبراته المدرسية.

فيجب أن ننمي القدرة على القراءة – على الأقل – إلى مستوى يسمح للتلميذ أن يقرأ ويفهم الصحف، والمجلات المألوفة، والكتب البسيطة، ولا بد أيضاً من تنمية كيفية استخدام اللغة شفهياً وتحريرياً، إلى مستوى يسمح بالاشتراك في مناقشة بسيطة، أو كتابة خطابات بسيطة، أو تجهيز بعض الاستمارات والتقارير الشائعة، والتقارير المطلوبة في الأعمال والصناعة، كما يجب أن يجيد العمليات الحسابية البسيطة التي تتطلبها الحياة اليومية.

الخبرات التي يتناولها المنهج:

لأجل أن يكون التعلم بصفة خاصة، لدى هؤلاء التلاميذ واضحاً ومحدداً وواقعياً فلا بد أن يكون المنهج نابعاً من البيئة ويزاول التلميذ النشاط بكامل حيويته، ذلك النشاط الذي تجب ممارسته في جوه الطبيعي، ويعبر فيه عن ميله الحقيق ويقابل شخصيات حقيقة في مجال البيئة المألوفة لديه، فإذا فكرنا في القيام برحلة للاحظة ودراسة النواحي الجغرافية في البيئة، أو زيارة مصنع من المصانع، أو تتبع نشاط فئة معينة في البيئة، فلا بد أن تكون هذه الرحلة هادفة وأن تحقق غرضاً لدى التلميذ، كما أن القيام بهذه الرحلة سوف يجعل التلميذ أكثر

احتكاكاً بمجا لالنشاط الخارجي، وأكثر اكتساباً للخبرة من أن يحي مثل هذه الخبرات في عالم الكتب والصور والخيال.

برامج النشاط في منهج التلاميذ:

إن برامج النشاط في منهج التلاميذ البطيئي التعلم، يجب أن تكون محسوسة، أكثر مما يلزم بالنسبة للتلاميذ العاديين، وعلى أية حال، فإنه توجد قاعدتان هامتان لطرق التدريس للتلاميذ البطيئي التعلم، القاعدة الأولى هي: أن الخبرة يجب أن تتمركز حول أشياء واضحة ملموسة، والقاعدة الثانية هي: أن الخبرة يجب أن تكون مباشرة.

الخبرات يجب أن تتمركز حول أشياء واضحة وملومسة:

القاعدة الأولى الهامة هي: بناء خبرات التلميذ حول أو على أساس أشياء وعمليات ونواحي نشاط واقعية، وحقيقية، وتكون ظاهرة في بيئة التلميذ يمكن رؤيتها وسماعها ولمسها وتذوقها أو شمها، وتعتمد على أساس حسي إدراكي أكثر من اعتمادها على الفهم، فمثلاً القطارات وسيارات الأوتوبيس والطائرات والقوارب كلها أشياء حقيقة، ومن الظواهر المحسوسة، ويمكن أن يحسها ويدركها كل

تلميذ، فالدراسة التي تبدأ بالطائرات والقطارات وسيارات الأوتوبيس والقوارب، أي الأشياء التي يمكن إدراكها في الحال، ومعرفة كيف تسير، وكيف تعلم، والغرض منها، وما شابه ذلك — سوف تكون ذات معنى بالنسبة للتلاميذ البطيئي التعلم، أما دراسة وسائل الانتقال بطريقة مجردة (غير ملموسة) فإنها تكون عديمة الفائدة وبخاصة إذا كانت بعض هذه الوسائل غير موجودة في بيئة التلميذ.

(5 – 16) مصادر وأمثلة لنقط ارتكاز مناسبة للنشاط:

سنعرض الآن بعض الأمثلة لنقط ارتكاز تبدو واضحة ومحسوسة، هذه الأمثلة لأماكن وأشخاص في البيئة، يمكن أن يوجد لدى التلاميذ ميل إليها:

1) مخزن قريب للتجارة وما يحتويه من بضائع:

يمكن أن يتضمن النشاط زيارات إلى ذلك المخزن، وإلى مخازن بيع الجملة التي تزوده، هذا ويستطيع التلاميذ عمل نموذج لمخزن حقيق في الصف حيث تمارس نواحي النشاط اللغوية والحسابية المتضمنة في الإدارة والبيع والإعلان وغير ذلك.

2) رجل البريد وعمله:

"مكتب البريد وكيف يسلم البريد"

توزيع البريد في المدينة، طريقة العمل في مكتب البريد، دراسة خريطة المدينة، وتبين بعض العناوين عليها، أين تذهب الرسائل التي ترد إلى مكتب البريد؟ وسائل نقلها: البواخر، القطارات، الطائرات، طريقة كتابة الرسائل وعنونتها، وإرسالها، تاريخ خدمة البريد والطوابع، واستخدام العربات التي تجرها الخيل في نقل البريد وغير ذلك.

ويمكن أن يتضمن النشاط رحلة إلى مكتب البريد، كما يمكن تكوين مكتب بريد في حجرة الدراسة يستغل كمركز بريد في المدرسة، ويمكن إرسال خطابات لأفراد آخرين في مدرسة أخرى على أساس التبادل، وجمع الطوابع.

3) رجل الشرطة والأمن (قسم الشرطة وقسم المرور):

عمل رجل الشرطة، وعمل قسم الشرطة وضرورتهما، الأمن، وخاصة أمن المرور، وإشارات المرور والقوانين، ماذا يحدث في محكمة المرور، ثم أي نوع آخر من المحاكم، ويرسل هذا بالبريد بالتبادل مع تلاميذ مدرسة أخرى.

ويمكن أن يتضمن النشاط زيارات لرجال الشرطة، أو دعوة رجال الشرطة لزيارة المدرسة، ورحلات إلى أقسام الشرطة أو مراكزها، وقراءة بعض القوانين.

4) طبيب وعيادته (مستشفى وما يحدث بداخله):

دراسة للنواحي الصحية مبنية على دراسة عمل الطبيب أو المستشفى، لماذا يضطر الناس للذهاب إلى الطبيب، وكيف يحافظون على صحتهم دون الذهاب للطبيب؟ الفحص الجسمي، وفحوص العين والعناية بها، طبيب الأسنان، العناية بالأسنان، بعض الأفكار عن كيفية علاج الناس بوساطة الأطباء وفي المستشفيات، الصحة العامة، العيادات، الخرافات، ونمو المعرفة الطبية، الأوبئة.

ويمكن أن يتضمن النشاط زيارات لمكتب طبيب ومستشفى.

ومن الممكن أن يتركز النشاط حول مطار محلي، ونماذج للطائرات صنعت في الفصل، وخرائط ومواعيد السفر، والنشرات الوصفية التي تصدرها شركات الطيران، والتي تصف الخطوط والبلاد التي تصل إليها.

5) المزرعة، مزارع مختلفة، شكل المزرعة، وعمل الناس بها:

الحياة اليومية في مزرعة، ومنتجات المزرعة، حيوانات المزرعة، أطفال المزرعة، الفرق بين حياة المزرعة وحياة المدينة، أسرة المزرعة كوحدة متعاونة.

يجب أن تكون الخبرات مباشرة بدرجة أكبر:

إن القاعدة الثانية لضمان الفائدة هي أن نجعل الخبرات مباشرة، وأن نزيد من الاعتماد على الملاحظة والعرض والرحلات والأفلام والصور، وأن يقل الاعتماد على (الكلام المكتوب والكلام المسموع) كمصادر لخبرات التلاميذ، إن المعرفة المباشرة للبيئة والتي تكتسب عن طريق الإبصار والسمع والأيدي تعتبر أساسية بالنسبة للتلميذ البطيء التعلم.

المراجع

المراجع العربية:

- الأغيري، عبد الصمد، عبد الوهاب، فريدة، 1966، مترجم، إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، دار النشر والمطابع جامعة الملك سعود.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى، 2005، الطبعة الثانية، مكتبة دار الفكر للنشر، عمان، الأردن.
- السيد، محمد، 2004، التخلف العقلي في محيط الأسرة، المكتبة المصرية للطباعة والنشر.
- العزة، سعيد، 2000، الإرشاد الأسري، نظرياته وأساليبه العلاجية، الطبعة الأولى، مكتبة دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- يحيى، خولة، 2008، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الثانية، دار الفكر، عمان.
- ليدون، وليام، باكجرو، لوريتا (1990م) تنمية المفاهيم عند الأطفال المعوقين بصرياً، ترجمة عبد الغفار الدماطي، مطابع جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- هيل، إيفان، بوندر، بورفيس (1423هـ) التكيف وتقنيات الحركة لذوي الإعاقات البصرية، ترجمة المركز المشترك لبحوث الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية وبرامج تأهيل المعوقين، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- سيسالم، كمال (1988م) المعوقين بصرياً خصائصهم ومناهجهم، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الحديدي، منى (2002) مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر، عمان، الأردن.
- خضير، محمد، الببلاوي، إيهاب (1424هـ) المعاقون بصرياً، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.

المراجع

- الروسان، فاروق (2001) سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة الخامسة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- الداهري، صالح (2005)، سيكولوجية رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان.
- القمش، الإمام (2005)، الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، مؤسسة الطريق للنشر، عمان.
- الروسان، فاروق (1994)، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان – الأردن.
- الزريقات، إبراهيم (2003)، الإعاقة السمعية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- عبد الرحيم، عبد المجيد (1996)، تنمية الأطفال المعاقين، الطبعة الأولى، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995)، المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- القمش، مصطفى (2000)، الإعاقة السمعية واضطرابات النطق والكلام، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- المطيري، محمد (1989)، الجسم البشري، مؤسسة الرسالة، بيروت.
- القريوتي، يوسف (1990)، الإعاقة بين الوقاية والتأهيل، مركز البحوث والتطوير والخدمات التربوية والنفسية، جامعة الإمارات – العين.
- الداهري، صالح حسن (2005)، سيكولوجية رعاية الموهوبين والمتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة " الأساليب والنظريات "، عمان، دار وائل للنشر، دار التعلم للنشر والتوزيع.
- عبد العزيز، سعيد (2005)، إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان، دار الثقافة للنشر.
- يحيى، خولة أحمد (2003)، الإعاقة العقلية، عمان، دار وائل للنشر.

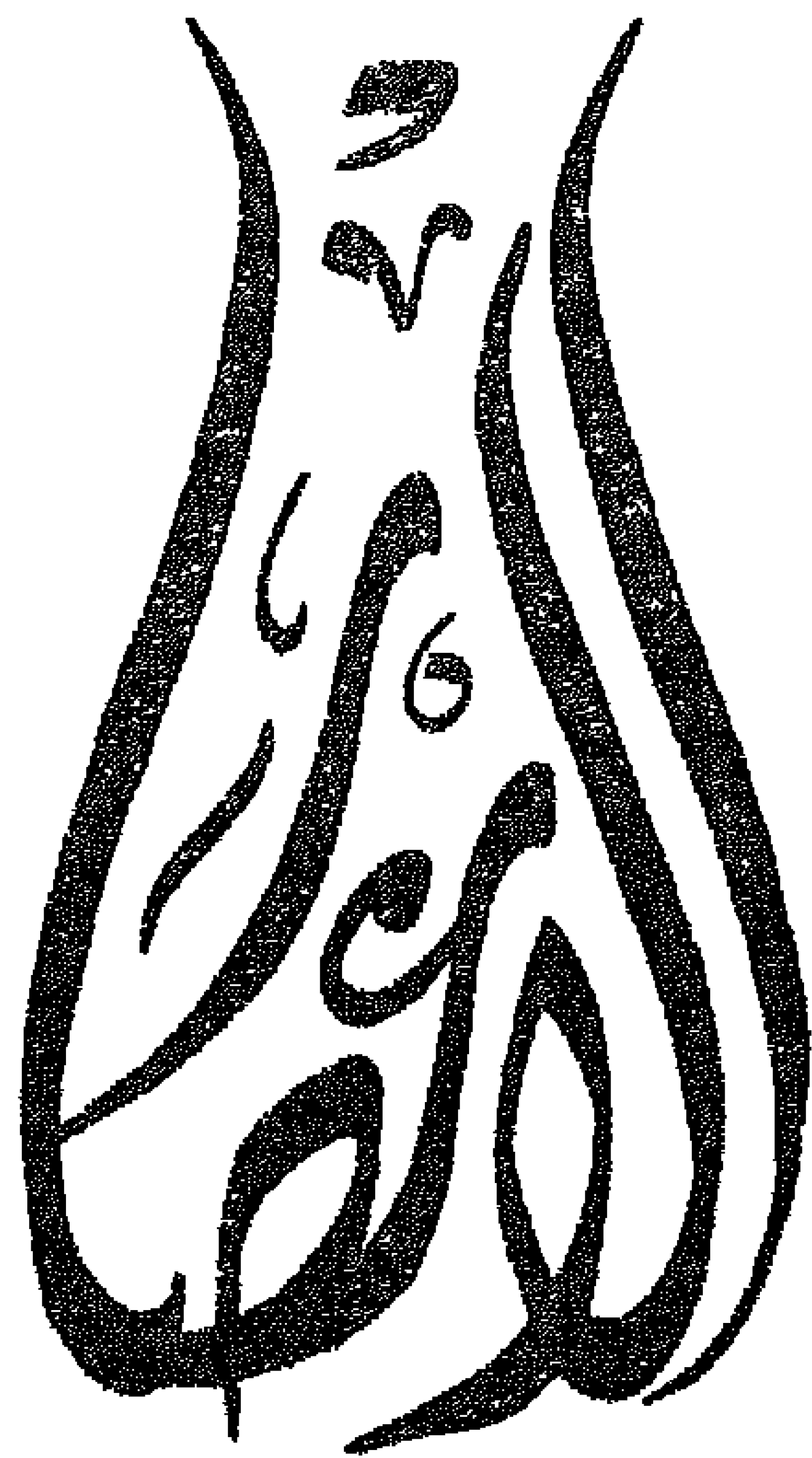
المراجع

- الداهري، صالح حسن (2005)، سيكولوجية رعاية الموهوبين والمتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة " الأساليب والنظريات " عمان، دار وائل للنشر.
- الظاهر، قحطان أحمد (2005)، مدخل إلى التربية الخاصة، عمان دار وائل للنشر.
- عبد العزيز، عيد (2005)، إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان، دار الثقافة للنشر.
- يحيى، خولة أحمد (2003)، إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر.
- هلهان وكوفمان (2008)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، (ترجمة: عادل عبد الله)، عمان، دار الفكر للنشر.

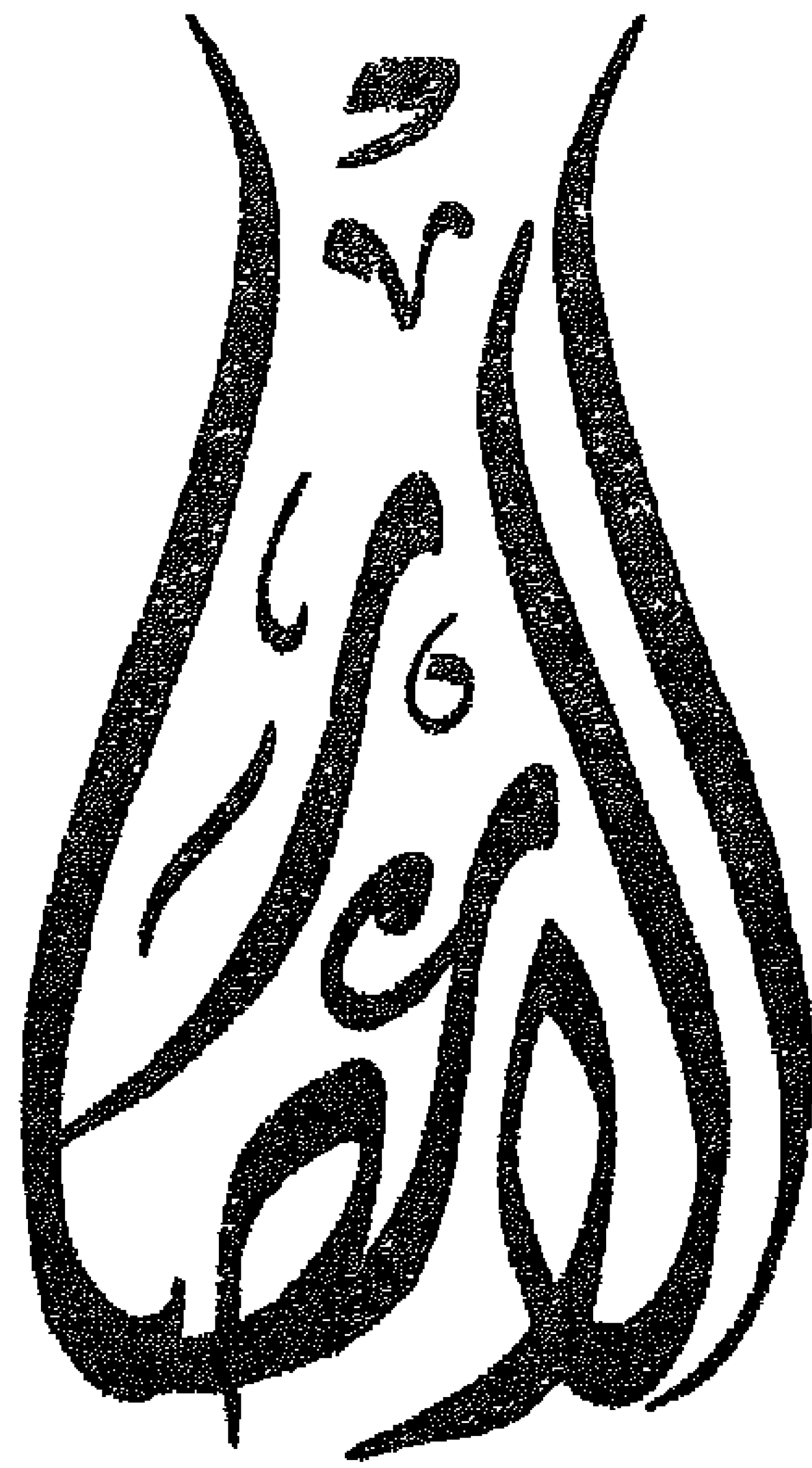
المراجع الأجنبية:

- www.st-talka.org
- www.aljobran.net
- www.vb.dca.org.sa
- www.gulfkids.com
- www.moeforum.net
- www.alsa3a.net
- www.asu.shams.edu.eg
- www.vb.ozq8.com
- Baily, Ann Binghmo & Smith, Stephen (2000), Intervention In School And Clinic, vol 3, Issue 5, pp 294-297.
- Havens, C. (2005), Becoming a resilient family: child disability and the family system.
- Jones, J. & Passy, J. 2005, Family adaptation, coping and resources: parents of children with developmental disabilities and behavior problems. Journal on developmental disabilities.
- Kimberly M. Ho & Margaret K. Keily, (2003), The Family Journal: Dealing With Denial: A System Approach for Family Professionals Working With Parents Of Individuals With Multiple Disabilities. Vol 11, No 3, PP 239-247, July 2003.
- Robert, Richard L & Baumerger, Julie P, 1999, T. R. E. A. T. A. Model for Constructing Counseling An Objectives For Students With Special Needs. Intervention In School And Clinic. Vol 34, Issue 4, PP 239-245.
- Hallahan. D. & Kauffman. J. (1994) Exceptional children, Introduction To Special Education, Allyn & Bacon: Boston.
- Kirk, S. A. & Gallagher, J. J. (1982). Educating exceptional children. (2nd, ed) Houghton Mifflin company: Boston.

- Lerner, J. (2000) Learning Disabilities: Theories, Diagnosis, & Teaching Strategies, Houghton Mifflin: Boston.
- Stach, B. (1998). Clinical Audiology, Singular Publishing group Inc: San Diego.
- Yellin, M. & Roland, P. (1997). Special auditory / vestibular testing. In: Roland et. al. (eds) Hearing Loss, Thieme: New York.
- Moores, D. (2002). Educating the deaf. Psychology, Principles, and practices. (2nd ed). Boston. Houghto Mifflin Company.
- Hallahan, O. & Kauffman, J. (1991) Exceptional Children: Introduction to special education (5th ed). Prentice – Hall Inc.
- Veron, M. & Andrews, J. (2000). The Psychology.



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

فنيات
الإرشاد النفسي
لذوي الاحتياجات الخاصة
وأسرهم






9789957586508

دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - وسط البلد - ش. الملك حسين - مجمع الفحيص التجاري
هاتف : 96264646208+ فاكس : 96264646470+

الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس
هاتف : 96265713906+ فاكس : 96265713907+
جوال : 797896091-00962

info@al-esar.com - www.al-esar.com